FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926

THÈSE

N°.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

MARCEL FERRU

Interne des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur
Né à Salnte-Soline (Deux-Sèvres), le 19 Juillet 1893

L'Ictère

dans les

Vomissements Graves de la Grossesse

Président : M. FERNAND WIDAL, *Professeur*

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—

1926

LE DOYEN. . . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
RETTERER	Histologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	LŒPER.	Clinique médicale.
LAIGEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgical
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	RATHERY	Clinique médicale.
		SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgical

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédiqu chez l'adulte pour les accidentés du travai les mutilés de guerre et les infirmes adu tes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émis dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Modeste instituteur de campagne, qui m'a laissé le bel exemple d'une vie laborieuse et droite, et l'émouvant souvenir d'une tendre amitié.

A MA MÈRE

Hommage de piété filiale et de reconnaissance.

A MA FEMME

Dont la douce collaboration m'est un constant bienfait.

A MES ENFANTS

Qui savent si gentiment discipliner leurs ébats pour faciliter ma tâche.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

Dont la bonne sympathie m'est si précieuse.

A MES ANCIENS CAMARADES DU FRONT (1914-18)

A LA MÉMOIRE DE MON AMI, Frédéric BOUCHER

TUÉ A VERDUN EN 1916

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'INSTITUT ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Dont je suis fier d'avoir été l'élève,
et qui me fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur DELAUNAY

Directeur de l'Ecole de médecine de Poitiers

En témoignage de ma reconnaissance pour le bienveillant intérêt qu'il m'a toujours porté.

A MES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

ET

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE POITIERS

Qui m'ont souvent conseillé et encouragé.

A MES MAITRES DIRECTS DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat bénévole (1919)

M. le Docteur BABINSKI (*Pitié*).

Externat (1920-21-22)

MM. le Docteur ARROU (*Pitié*).
le Professeur WIDAL (*Cochin*).
le Docteur Jules RENAULT (*Saint-Louis*).
Annexe Grancher : Médecine infantile.

Internat (1923-24-25-26)

MM. le Docteur TRÉMOLIÈRES (*Beaujon*).
le Docteur FUNCK-BRENTANO (*Beaujon*).
le Docteur DUFOUR (*Broussais*).
le Docteur BRUHL (*Bichat*).
le Docteur Claude GAUTIER (*Charité*).
le Docteur Jules RENAULT (*Saint-Louis*).

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur LEMIERRE

Médecin de l'Hôpital Bichat

M. le Docteur SIREDEY

Membre de l'Académie de médecine

M. le Docteur BRULÉ

Médecin des Hôpitaux, Professeur agrégé

M. le Docteur ECALLE

Accoucheur des Hôpitaux, Professeur agrégé

M. le Docteur GERNEZ

Chirurgien de l'Hôpital Broussais

M. le Docteur HERSCHER

Médecin de l'Hôpital Tenon

M. le Docteur MAY

Médecin des Hôpitaux

A MES CONFÉRENCIERS ET AMIS

M. le Docteur MOREAU

Médecin des Hôpitaux

M. le Docteur MÉTIVET

Chirurgien des Hôpitaux

M. le Docteur J.-Ch. BLOCH

Prosecteur a la Faculté

M. le Docteur LANTUÉJOUL

Ancien chef de Clinique obstétricale a la Faculté

A Monsieur le Professeur PETIT

Membre de l'Académie de médecine

A Mme le Docteur NAGEOTTE-WILBOUCHEWITCH

MM. les Docteurs BÉNIT, OLLIVIER, LANCE et GENDRON

Anciens Internes des Hôpitaux de Paris

A Monsieur le Docteur H. LAUGIER

Chef des travaux de physiologie a la Sorbonne

A Monsieur le Docteur CONSTANTIN

de Neuville-de-Poitou (Vienne)

A Monsieur le Docteur DULOUT

de Sauzé-Vaussais (Deux-Sèvres).

La préface toute naturelle de cette thèse est une pensée de commune et profonde reconnaissance pour tous ceux qui ont contribué à mon instruction médicale.

Cette pensée va, tout d'abord, vers mes Maîtres de Poitiers. Ils ont guidé mes premiers pas, dans la carrière où je suis entré avec un enthousiasme qu'ils ont su orienter sans déception.

L'hommage de ma gratitude va ensuite aux Maîtres dont j'ai été l'externe ou l'interne dans les hôpitaux de Paris, et à leurs assistants. Si j'ai fait ce travail en dehors de leur direction, c'est au hasard de la clinique, et non pour marquer une indépendance qui trahirait d'ailleurs mes sentiments de respectueuse sympathie et de fidèle attachement. Je sais ce que je dois à mes Maîtres pour l'exemple, l'enseignement et les conseils qu'ils m'ont donnés avec tant de bienveillance.

Ce sont ces conseils, cet enseignement et cet exemple qui m'ont inspiré au cours de cette thèse. Si j'ai parfois heurté leurs conceptions personnelles, qu'ils veuillent bien tenir compte de la sincérité de mes recherches. Critiquer les doctrines de ses devanciers ce n'est méconnaître ni leur valeur, ni leur mérite. C'est assurer la continuité de l'effort humain au service du progrès scientifique qui est indéfini. C'est s'exposer aussi à voir des mains plus jeunes porter plus haut et plus loin le pâle falot que nous leur transmettons cependant les bras tendus. Mais qu'importe ? N'est-ce pas notre fierté comme notre joie de voir

échoir tout naturellement à nos enfants le fécond privilège de faire mieux que nous ?

Qu'il me soit permis d'exprimer ici une reconnaissance particulièrement affectueuse à M. le Docteur Bruhl, dont la bonté paternelle et agissante m'a si vivement touché; à M. le Docteur Jules Renault, chez qui la valeur incontestée du clinicien n'a d'égale que la parfaite courtoisie du maître; à mon conférencier, à mon ami le docteur Moreau, qui m'a tant de fois guidé; à Mlle le Dr Labeaume, dont j'ai apprécié la valeur professionnelle, délicate et sûre, aussi bien à l'hôpital, où elle fut mon interne, qu'au chevet de mes enfants, où elle se dépensa si gentiment.

Je ne saurais terminer cette page sans accorder aussi une pensée à mes collaboratrices dévouées, surveillantes et infirmières, qui ont leur part, modeste mais certaine, dans mon éducation clinique.

Introduction

L'étude de l'ictère dans les vomissements graves de la grossesse m'a été inspirée par le cas suivant, que j'ai observé dans le service de mon maître, le docteur Funck-Brentano :

OBSERVATION I

Mme Juliette F..., 30 ans, entre à la Maternité de l'hôpital Beaujon, le 23 septembre 1925, où elle est envoyée par le Docteur Michaud, de Colombes, pour « vomissements incoercibles avec signes de grossesse au début ».

C'est une secondipare, sans antécédents pathologiques particuliers, et dont la première grossesse, datant de 1914, fut tout à fait normale, et ne provoqua que quelques vomissements bénins.

Les vomissements actuels sont apparus dans les premiers jours de septembre, c'est-à-dire un mois après la cessation des règles, les dernières règles normales ayant duré du 1er au 4 août.

D'abord rares, alimentaires, accompagnés de constipation opiniâtre, ces vomissements deviennent de plus en plus fréquents, et conduisent la femme à consulter son médecin, qui prescrit successivement des purgatifs salins, de la belladone, du chloral en sirop et en lavement.

Malgré ce traitement, les vomissements persistent, s'aggravent, deviennent incessants, surviennent jour et nuit, à la

moindre prise d'aliment solide ou liquide, et entraînent un amaigrissement marqué. Ils sont tellement fréquents et rebelles que le médecin traitant envoie la malade à l'hôpital.

A l'entrée, le 23 septembre, la malade est mise en observation dans un isolement relatif, en box. Elle rejette tout ce qu'on lui donne, aliments et boissons, et elle a souvent des vomissements bilieux, mêlés de glaires et de mucosités.

A l'examen général on remarque le teint mat, un peu cholémique, avec léger subictère conjonctival, et le facies soucieux, découragé de la malade.

La température est normale. Le pouls est instable, entre 80 et 90.

L'examen obstétrical confirme l'existence probable d'une grossesse de 6 semaines environ, avec corps utérin fortement antéversé et basculé à droite.

Les autres appareils et organes, en particulier le foie, sont normaux. La tension artérielle est de 14-8 au Pachon.

Les urines sont rares (500 cc.), hautes en couleur, ne contiennent pas d'albumine ni de sucre, mais contiennent de l'urobiline, et donnent une réaction de Gerhardt positive.

Le traitement suivant est alors prescrit : diète hydrique, 1.000 cc. de sérum glucosé avec 1 mmgr. d'adrénaline, 4 gr. d'hydrate de chloral en lavement.

Le 25. — Le tableau symptomatique est sensiblement le même, sauf sur deux points :

Le pouls est à 100-104.

L'ictère s'accuse. Net aux conjonctives, il commence à colorer la peau. Les urines sont foncées, de teinte acajou, et contiennent un peu d'albumine, de l'urobiline, des pigments et des sels biliaires.

Même traitement.

Le 26. — On isole complètement la malade.

On lui fait une injection hypodermique de sulfate d'atropine (1/4 de mmgr.), et du sérum glucosé rectal en goutte à goutte (3 litres).

Le 27. — Les vomissements ne sont pas moins fréquents. Le pouls est à 82. L'ictère est franc sur les téguments et les muqueuses, avec cholurie manifeste, mais sans décoloration nette des selles, qui sont d'ailleurs très réduites et diluées par le sérum glucosé.

On fait 1/2 mmgr. de sulfate d'atropine.

Le 28. — Devant l'état stationnaire se pose nettement la question de l'avortement thérapeutique. Mais nous obtenons de notre maître la permission de tenter un simulacre d'avortement, avant d'interrompre effectivement la grossesse.

La malade est transportée à la salle d'opérations, où des plateaux bien en vue contiennent de nombreux instruments. On lui donne quelques bouffées d'éther, et quand elle est devenue subconsciente, on met un spéculum qui permet d'introduire dans le vagin et d'y laisser une mèche de gaze iodoformée.

Le soir même la malade absorbe une tasse de thé qu'elle ne vomit pas.

Le 29. — On fait le simulacre de retirer du vagin une mèche de gaze imbibée de sang.

La malade nous dit qu'elle se trouve mieux. Elle prend un bol de café au lait et n'en rejette qu'une partie.

Le pouls est à 104.

On fait 3 litres de sérum glucosé rectal et une injection intraveineuse d'uroformine (1 gr.).

Le 30. — Elle prend, à plusieurs reprises, du café au lait et mange une banane. Elle n'a pas de vomissement, et son facies souriant, réjoui, contraste avec l'expression ennuyée des premiers jours.

L'ictère s'atténue nettement. Le pouls est à 107.

On fait 2 litres de sérum glucosé rectal et une injection intraveineuse d'uroformine.

Le 1er octobre. La malade prend et garde une soupe le matin, et du café au lait le soir.

Elle vomit une crème prise à midi.

Elle reçoit 500 cc. de sérum glucosé rectal, et 1 gr. d'uroformine intraveineuse.

Le 2. — Elle prend une soupe le matin, des pommes de terre frites à midi, et une purée le soir.

Aucun vomissement. Pouls à 110.

Elle reçoit encore 1 gr. d'uroformine.

Le 3. — Elle a un vomissement bilieux le matin, mais elle n'a pas de vomissement alimentaire avec un régime normal. Le pouls revient au-dessous de 100.

Dernière injection intraveineuse d'uroformine 1 gr.

Le 4. —Même régime.

Un seul vomissement bilieux le matin.

Le 5. — Cessation complète de tous les vomissements.

L'ictère a disparu.

A partir de ce jour, le pouls revient progressivement à la normale, tandis que la diurèse augmente.

La femme retrouve rapidement son teint habituel, reprend du poids, et quitte la Maternité le 15 octobre. Elle est en parfait état, et convaincue qu'elle est débarrassée d'une grossesse qui l'ennuyait profondément pour des raisons d'ordre social qu'elle avoua à la surveillante du service.

Le 8 décembre. — Mme F... revient à la Maternité sur ma demande.

Elle dit que, depuis sa sortie, elle n'a pas eu un seul vomissement alimentaire, mais qu'elle a eu, le matin, au réveil, 2 ou 3 vomissements bilieux, amers.

Elle s'étonne d'avoir le ventre un peu gros, et se plaint de quelques douleurs dans le bas-ventre, à l'occasion d'un mouvement, d'un effort, aussi bien couchée que debout.

Son médecin lui a prescrit une solution alcaline qu'elle prend le matin, à jeun, et qu'elle vomit parfois.

L'examen obstétrical fournit les signes d'une grossesse de 4 mois environ.

L'examen des urines donne : pas d'albumine ni de sucre. Pas d'urobiline ni de pigments. Traces de chromogène et d'acides biliaires.

Le 12 février 1926. — Mme F... revient à l'hôpital sur ma demande.

Elle est au 6e mois de sa grossesse, qui évolue normalement, et dont elle se déclare très contente, depuis l'apparition des mouvements actifs, qui lui ont révélé son véritable état.

En résumé, il s'agit d'une secondipare qui, au 2e mois de sa grossesse, a eu des vomissements graves avec un ictère franc, et qui a été guérie à la fois de ses vomissements et de son ictère par un simulacre d'avortement.

Dans cette observation, deux faits principaux méritent d'être mis en relief : d'abord l'action de la psychothérapie dans un cas où l'auto-intoxication gravidique semblait particulièrement marquée; ensuite la guérison rapide de l'ictère, parallèle à celle des vomissements.

Ces deux faits me parurent en contradiction avec les données classiques, qui rapportent les vomissements graves à une hépatotoxémie, et qui font de l'ictère, même léger, une indication à l'interruption de la grossesse.

Je fus ainsi conduit à rechercher dans la littérature médicale si des faits semblables avaient été publiés. J'ai pu réunir quelques observations exactement superposables à la mienne, et un certain nombre d'autres qui s'en rapprochent étroitement.

J'ai donc cru intéressant de grouper tous ces cas dans une étude d'ensemble qui, à ma connaissance, n'a pas encore été faite. J'ai essayé de voir quel peut être, au cours des vomissements graves de la grossesse, le rôle de

l'ictère, c'est-à-dire sa signification pathogénique, et surtout sa valeur clinique, au double point de vue pratique du pronostic et du traitement.

CHAPITRE PREMIER

Historique

De nombreux travaux ont été consacrés, d'une part, aux vomissements graves, surtout après les célèbres leçons de Paul Dubois (1848); d'autre part, aux ictères de la grossesse. Mais ces recherches parallèles n'ont guère établi les rapports de l'ictère et des vomissements, sans doute parce que les vomissements s'observent dans les tout premiers mois, tandis que l'ictère est généralement tardif.

En 1863, A. Guéniot consacre sa thèse d'agrégation aux vomissements incoercibles, dont il fait un historique complet et une étude minutieuse. Mais il ne parle de l'ictère ni dans la symptomatologie, ni dans le pronostic, ni dans les complications, et le rôle du foie n'est pas plus envisagé à l'étiologie qu'à la pathogénie.

De même, en 1878, dans sa thèse sur « l'Ictère grave dans la grossesse », Hébert ne fait aucune allusion aux vomissement incoercibles. Tout au plus remarque-t-il, à propos des troubles digestifs symptomatiques, que, dans certains cas, les vomissements deviennent incessants.

Par contre, Tarnier et Budin signalent l'ictère dans leur « Traité de l'Art des Accouchements » (1886). Ils disent, page 57 : « Parmi les complications qui peuvent aggraver encore la maladie (les vomissements incoercibles), il faut noter le muguet, la diarrhée et l'ictère que nous avons observés plusieurs fois et que nous décrirons plus loin. » Mais, au chapitre consacré à l'ictère, ils ne parlent plus de ses rapports avec les vomissements.

D'ailleurs, quelque dix ans plus tard, Bouffe de Saint-Blaise pouvait encore dire, dans son rapport sur les auto-intoxications gravidiques, au Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Marseille (octobre 1898) : « Je n'ai pu trouver trace d'examens du foie, ni de la toxicité des urines et du sang dans ces cas (vomissements incoercibles), non plus que de l'analyse chimique des urines. Cela présenterait un grand intérêt » (1). Lui-même n'attache pas une importance particulière à l'ictère, sauf comme antécédent, alors qu'il considère cependant les vomissements graves comme une auto-intoxication lente d'origine hépatique, l'insuffisance du foie se traduisant en particulier par l'urobilinurie.

A la même époque, Le Masson étudie « Les Ictères et la Colique hépatique chez les femmes en état de puerpéralité » (2). Il émet cette idée que la série des ictères, et aussi la colique hépatique, pourraient bien être des degrés plus avancés d'une sorte d'hépatotoxémie gravidique, dont les vomissements seraient une manifestation plus précoce.

---

(1) Bouffe de Saint-Blaise. — Annales de Gynécologie 1898, page 434.
(2) Le Masson. — Thèse de Paris 1898.

L'année suivante, David Tagger reprend « l'étude de l'ictère pendant la grossesse » (1); mais il ne fait aucune allusion à l'ictère dans les vomissements incoercibles.

C'est surtout P. Mettey qui, en 1904, dans sa thèse sur le « Traitement des vomissements incoercibles de la grossesse », montre le plus nettement la fréquence relative de l'ictère, et lui donne une signification précise, à la fois pathogénique et pronostique.

Depuis cette époque, les travaux et les communications se sont multipliés sur cette question des vomissements graves de la gestation, qui préoccupe toujours, à bon droit, les médecins et les accoucheurs. Tous les auteurs, aussi bien dans les ouvrages classiques que devant les sociétés savantes, donnent à l'ictère, comme nous le verrons, une place plus ou moins importante dans l'hyperémèse, mais sans lui consacrer une étude spéciale.

(1) David Tagger. — Thèse de Nancy 1899

CHAPITRE II

Sémiologie de l'Ictère

Si l'ictère est un épisode aujourd'hui bien classique au cours des vomissements graves, il n'a pas une part égale dans les descriptions des auteurs.

Paul Dubois, dont les leçons font toujours autorité, ne le signale pas.

D'autres auteurs, comme Tarnier et Budin dans leur Traité; Fabre, Maygrier et Schwab dans leurs Précis, considèrent l'ictère seulement comme une complication.

D'autres, au contraire, insistent sur sa fréquence et le signalent dès la première période des vomissements. Mettey, en particulier, rapporte 11 observations dont 6 notent l'ictère ou du subictère. Démelin et Devraigne, dans leur récent Manuel, écrivent que « le foie manifeste son atteinte par un subictère léger ».

Mais, pour la majorité des auteurs — Chambrelent et Cathala, dans le Traité des accouchements des Professeurs Bar et Brindeau, Dubrisay et Jeannin, Wallich, etc. —

l'ictère, à des degrés divers, n'est souvent observé qu'à la deuxième période des vomissements. Il est donc relativement tardif.

Ces divergences sont beaucoup plus apparentes que réelles. Elles tiennent sans doute à ce que la division en périodes est bien schématique et arbitraire dans un syndrôme à évolution essentiellement progressive.

Quoi qu'il en soit, l'ictère se présente sous un aspect clinique variable suivant les cas.

Le plus souvent, il s'agit de subictère, c'est-à-dire d'un ictère léger, atypique, qui risque de passer inaperçu à un examen superficiel. Les téguments sont d'un jaune grisâtre, terreux, parfois plus nettement colorés dans les régions à peau fine. Les conjonctives ne sont que faiblement teintées. La jaunisse resterait douteuse si l'examen des urines, systématiquement pratiqué, ne venait en affirmer la réalité. Ces urines, ordinairement rares, par suite de la déshydratation que les vomissements entraînent, sont souvent très foncées. Cependant la réaction de Gmelin ne donne qu'exceptionnellement la teinte verte caractéristique de la bilirubine oxydée. Elle donne une teinte rouge brun, acajou, attestant la présence de pigments modifiés. On trouve, en effet, de l'urobiline en quantité notable, nettement pathologique, et cette urobilinurie, pour Brulé, « correspond à un certain degré de rétention des pigments biliaires vrais dans l'organisme » (1). D'ailleurs elle s'accompagne le plus souvent de cholalurie donnant une réaction de Hay positive.

(1) Brulé. — Recherche sur les Ictères, page 101.

Parfois, comme dans l'observation I, l'ictère est franc, typique, et représente un degré plus accentué de rétention biliaire. Il ne peut passer inaperçu lorsqu'on examine les malades à la lumière du jour, sauf au début où il est atténué et discret. Les téguments ont une teinte jaune caractéristique, rarement très foncée, bronzée (Chambrelent et Cathala). Elle n'a jamais été très accentuée dans les différents cas signalés. Les muqueuses, surtout les conjonctives, sont plus colorées que la peau. Les urines sont rares, — si l'on n'a pas soin de réhydrater la vomisseuse avec une quantité suffisante de sérum sous-cutané ou rectal; — elles sont foncées, de teinte acajou ou même café; elles contiennent des pigments biliaires vrais, de l'urobiline et des sels biliaires. La coloration des selles n'est pas mentionnée, soit parce que l'examen n'en a pas été fait, soit parce qu'il est bien difficile de l'apprécier comme je l'ai noté dans mon observation. Ces malades, en effet, habituellement constipées d'une manière rebelle, reçoivent force purgatifs et lavements, et souvent un goutte à goutte rectal plus ou moins copieux.

Au surplus, l'intérêt de l'ictère qui peut apparaître au cours des vomissements graves n'est pas dans une sémiologie détaillée, qui, pour être complète, demanderait bien des examens de laboratoire, en particulier celui du sang, — cholémie, formule leucocytaire, surtout aspect et résistance des hématies, — ce qui préoccupe surtout l'accoucheur, c'est de connaître la signification, la valeur clinique de cet ictère.

CHAPITRE III

Valeur clinique de l'Ictère d'après les Classiques

Au point de vue clinique, l'ictère tient une place importante dans la pathogénie, et surtout dans le pronostic, partant dans le traitement des vomissements dits incoercibles.

§ I. — *L'ictère dans la pathogénie*

La grande majorité des auteurs, à la suite du Professeur Pinard, sont arrivés à cette conception que les vomissements de la grossesse sont la manifestation, et souvent le premier symptôme apparent d'une auto-intoxication gravidique, c'est-à-dire d'une intoxication née ou augmentée sous l'influence de la gestation. Le plus souvent, l'organisme, après avoir jeté son « cri d'alarme », triomphe de cette intoxication, et tout rentre dans l'ordre. Sinon, les signes de l'intoxication s'accusent, et les vomissements deviennent graves.

Pour que ces accidents surviennent, il faut que les organes de défenses soient insuffisants. Le Professeur Pinard a été conduit à penser, à la suite des travaux de Bouchard sur les auto-intoxications, des expériences de Roger, de Nencki et Pavlov sur les fonctions du foie, que cette glande a une action prépondérante dans la transformation ou la fixation, non seulement des poisons intestinaux, mais encore des poisons endogènes résultant de la vie cellulaire même. Le foie manquera d'autant plus facilement à sa tâche qu'il y sera prédisposé par hérédité ou par une maladie antérieure, ou par une déficience concomitante du rein. Ainsi sera créée une auto-intoxication lente « par insuffisance hépatique », une sorte « d'hépatotoxémie gravidique » (Pinard).

Quelles sont donc l'origine et la nature de cette toxémie ?

Pour le Professeur Pinard et ses élèves, les auto-intoxications existant normalement chez tout individu sain, sont augmentées du fait de la grossesse pour des causes multiples. Peut-être même existe-t-il, dit Bouffe de Saint-Blaise, « certains poisons spéciaux à la femme enceinte, ce qui expliquerait les accidents tout à fait particuliers qu'elle présente » (1). Au surplus, il est vraisemblable que l'agent toxique n'est pas le même pendant toute la durée de la gestation. Celui qui est élaboré au début agit électivement sur le système nerveux et met en jeu le centre vomitif. D'où vient-il ? Probablement du corps jaune, pour le Professeur Pinard. D'autres auteurs ont accusé

(1) Bouffe de Saint-Blaise. — Annales de Gynécologie 1898, page 454.

l'ovaire tout entier (Boissard), l'œuf lui-même par son syncitium (Veit, Behm, Poten, puis Fieux et Mauriac), les albumines fœtales pénétrant dans un organisme non encore immunisé (Bar).

Mais, quel que soit l'agent toxique incriminé, le foie garde un rôle capital, sinon prédominant, dans la genèse des vomissements incoercibles, à côté des autres glandes à fonction antitoxique, comme les surrénales par exemple, dont l'insuffisance a été également accusée (Silvestri et Zanfrognini, Sergent et Lian). L'insuffisance hépatique se traduit déjà cliniquement par un certain nombre de symptômes qu'on retrouve, remarque Bouffe de Saint-Blaise, dans le tableau que fait Hanot des cirrhoses au début : « les vomissements, les troubles dyspeptiques, le changement de caractère, l'insomnie, la somnolence, la constipation, la céphalalgie » (1), auxquels nombre d'auteurs ont ajouté le subictère si souvent constaté. De plus, le syndrôme urinaire, — oligurie, diminution des chlorures et de l'urée, présence d'urobiline, etc., — et différentes épreuves fonctionnelles viennent confirmer cette déficience dufoie étudiée dans de multiples travaux. Bar et Lequeux ont montré que la limite de la glycolyse est constamment abaissée. Tout récemment, Couinaud et Clogne, étudiant en détail la fonction hépatique au cours de la grossesse, ont toujours trouvé le coefficient d'imperfection uréogénique augmenté, et les épreuves glycuronique et hémoclasique positives dans les vomissements incoercibles.

(1) Bouffe de Saint-Blaise. — Loc. cit. page 434.

Ainsi, l'insuffisance hépatique est bien évidente, et l'apparition relativement tardive du plus léger ictère, témoin habituel de cette insuffisance, devient un élément de pronostic.

§ II. — *L'ictère dans le pronostic*

La valeur pronostique de l'ictère dans les vomissements incoercibles, corollaire de la théorie de l'hépatotoxémie, n'est cependant pas particulièrement envisagée par le Professeur Pinard et ses élèves, qui tiennent surtout grand compte de l'accélération permanente du pouls. Mais le reflet de cette doctrine se retrouve dans un certain nombre de travaux, dans les manuels classiques comme dans les publications ou les communications les plus récentes. Dès 1904, Mettey écrivait dans sa thèse, page 20 : « Dans nombre d'observations, et spécialement dans les cas graves, on note encore l'apparition, dans les urines, d'une quantité plus ou moins grande d'urobiline », et, à la page suivante : « L'étude des phénomènes cliniques nous montre fréquemment l'apparition de l'ictère dans les cas graves ».

Fabre enseigne dans son Précis, à propos des ictères de la grossesse : « L'ictère peut être surajouté à d'autres manifestations plus bruyantes de l'auto-intoxication gravidique : vomissements incoercibles et éclampsie, ou de l'infection puerpérale. Dans tous ces cas, il constitue un élément de pronostic d'une gravité exceptionnelle » (1).

(1) Fabre. — Précis d'obstétrique 1922, tome II, page 93.

Canouet, dans sa thèse, dit aussi : « Le subictère est également un signe de gravité dont on doit tenir compte » (1).

Enfin, après ou parmi bien d'autres, Cathala et Biancani, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris de mai 1922, Bué et Béghin, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Lille de juin 1924; Vallois et Coll de Carréra, à la Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier de février 1925, rapportent des cas de vomissements graves dans lesquels ils ont attaché « une grande valeur pronostique à ces signes d'insuffisance hépatique : ictère et apparition de sels et pigments biliaires dans les urines » (2).

En somme, pour nombre d'auteurs, la constatation d'une déficience hépatique traduit une intoxication profonde et brutale, de fâcheux pronostic.

§ III. — *L'ictère dans le traitement*

L'apparition de l'ictère, en effet, a été souvent considérée comme un dernier avertissement donné au médecin dans l'expectation jusqu'alors adoptée.

Fieux dit, en 1910, dans son remarquable rapport sur la pathogénie et le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, au VI[e] Congrès national de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiâtrie de Toulouse : « Enfin, pour terminer ce qui a trait à cette question si difficile en

(1) Canouet. — Thèse de Paris 1923, page 43.

(2) Vallois et Coll de Carréra. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris 1925, n° 3.

pratique de l'opportunité opératoire, je dirai qu'en dehors de toute considération clinique, amaigrissement, pouls, température, etc., il est, à mon avis, deux complications qui, dûment constatées chez une femme atteinte de vomissements graves de la gestation, représentent *des indications immédiates à l'interruption de la grossesse*, c'est l'apparition d'une *polynévrite*, ou celle d'*un ictère vrai caractérisé par le passage des pigments biliaires dans les urines* » (1).

La même opinion a été maintes fois exprimée depuis. Tout dernièrement encore on a rapporté un cas d' « avortement thérapeutique pour vomissements graves et ictère », qui mérite d'être reproduit ici :

OBSERVATION.

Avortement thérapeutique pour vomissements graves et ictère. (*Cas rapporté par MM. Bué et Béghin à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Lille, séance du 26 juin 1924.*)

Malade entrée à la Maternité le 4 juin 1924 pour vomissements incoercibles.

A l'interrogatoire, nous apprenons que cette femme fit un avortement de 3 mois 1/2 il y a quatre ans, sans aucune complication, qu'elle était réglée normalement jusqu'au 16 avril dernier, date des dernières règles.

Les premiers vomissements remontent à un mois : ils avaient une allure très bénigne, se produisaient le matin sans nausée ni malaise d'aucune sorte. Pendant une semaine, les vomissements gardèrent ces caractères, mais en quelques jours

(1) FIEUX. — Revue pratique d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris 1911, page 273.

ils devinrent de plus en plus fréquents, se reproduisaient peu après les repas, puis dans leur intervalle.

Depuis 15 jours, ils ont acquis une fréquence telle que la malade est incapable, dit-elle, de conserver la moindre quantité de liquide dans son estomac; ils se reproduisent alors même que la malade n'absorbe rien et sont constitués par un liquide glaireux verdâtre. Un médecin consulté tenta en vain divers traitements.

Nous trouvons cette femme n'ayant rien ingéré depuis une huitaine de jours; il existe, d'autre part, une constipation opiniâtre, la malade n'étant pas allée à la selle depuis une dizaine de jours.

A l'inspection, il s'agit d'une femme de 26 ans, d'aspect général satisfaisant, un peu agitée, parlant très volontiers de sa grossesse et de sa maladie; il existe un léger degré d'anémie et un certain amaigrissement. La langue est fortement saburrale, l'haleine légèrement fétide. Pas de sialorrhée exagérée. L'abdomen est normal.

A la palpation, on révèle quelques vagues douleurs dans la région épigastrique; l'exploration de l'hypogastre est négative.

Le pouls est à 80, régulier, bien frappé. Les urines ne contiennent pas d'albumine. La tension artérielle prise au moyen de l'oscillomètre de Pachon nous donne les chiffres suivants : Mx=15; Mn=9; indice=2.

Au toucher vaginal on trouve un utérus gravide rétroversé (cette rétroversion se caractérisant par un col très haut derrière la symphyse et un corps utérin situé dans le Douglas). Le col est mou, le corps est gros, globuleux, rénittent. La rétroversion est absolument irréductible.

En présence de l'état satisfaisant de la malade nous instituons le repos au lit absolu, la diète hydrique et on procède à une superpurgation par lavements purgatifs.

Le lendemain de son entrée, la malade présente une certaine amélioration; l'état général est bon, les vomissements sont

moins fréquents, le pouls reste à 80, la diurèse est de 600 gr. environ. La prise de la tension artérielle nous donne les mêmes chiffres que la veille (15-9-2). On maintient la même thérapeutique.

Le 8 juin : les vomissements reprennent la même fréquence qu'auparavant : le pouls est à 82, la tension artérielle est à 13-9-1, la diurèse 400 gr.

On institue alors la diète absolue, des injections de sérum sous-cutanées, des instillations rectales d'eau au moyen de l'appareil de Murphy.

Le 10 juin : le tableau clinique a revêtu un aspect beaucoup plus grave : l'estomac est devenu totalement intolérant et les vomissements sont constitués par des mucosités verdâtres. Le facies est moins rassurant, les traits sont tirés et amaigris et enfin, symptôme inquiétant, on note une teinte subictérique des conjonctives. Le pouls est à 100. La diurèse descendue à 200 gr., mais la tension nous donne comme la veille : 13-9-1.

Le 11 juin : l'état s'aggrave : pouls à 112, diurèse à 200. Tension artérielle 12-7-1/2.

Le subictère est devenu ictère franc des téguments et des muqueuses. Le foie est augmenté de volume; il déborde les fausses côtes et est douloureux à la pression. Les urines sont très colorées. La réaction de Gmelin y est positive.

En présence de ce syndrôme, apparu malgré la thérapeutique appliquée, nous portons le diagnostic de vomissements graves et le pronostic s'assombrissant de jour en jour, M. le Professeur Bué décide de pratiquer un avortement thérapeutique.

La malade est opérée par M. le Docteur Duvillier qui, après dilatation du col au moyen de bougies de Hégar, pratique un curettage de la cavité utérine. L'œuf est extrait assez facilement malgré la rétroversion. Cette intervention est supportée par la malade sans anesthésie.

Le lendemain de l'opération, on ne compte plus qu'un seul

vomissement; le pouls est à 100, la température à 37°5. La tension artérielle est remontée à 15-8-1.

Le 15 juin : diminution très notable de l'ictère. Pouls à 100. Température 37°3. La diurèse, sous l'influence des boissons abondantes, s'est élevée à 2 litres 1/2; urines claires sans albumine. La tension est à 16-8-2.

Actuellement la malade est sortie du service en parfait état de santé (ictère totalement disparu, selles régulières, normales, alimentation très facile).

Pouls à 75 et la tension 16-8-3.

Cette observation est tout à fait typique, presque superposable à la mienne par sa sémiologie, mais opposée par sa conclusion thérapeutique.

D'autres auteurs donnent une valeur moins absolue à l'ictère. Fabre enseigne qu'il « constitue, comme nous l'avons dit, un signe de gravité qui, joint à d'autres, justifie l'indication de l'avortement thérapeutique » (1).

De même, si le subictère ne suffit pas, à lui seul, à imposer l'interruption de la gestation, il tient une place importante parmi les signes cliniques qui permettent d'apprécier la gravité d'un cas donné, et l'opportunité de l'intervention. Je cite, à titre d'exemples, quelques réflexions faites devant la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris.

En 1914, à propos d'un cas mortel, Voron concluait :

« 1° Il est des cas où les vomissements graves de la gestation peuvent évoluer rapidement vers la terminaison fatale sous les apparences d'une certaine conservation de

(1) Fabre. — Précis d'Obstétrique, page 93.

l'état général, d'une certaine tolérance gastrique, et d'un pouls conservant longtemps son rythme normal.

« 2° Lorsqu'il y aura doute, quant aux indications de l'interruption de la grossesse, il semble qu'on doive observer avec grand soin l'apparition de la glycosurie et *du subictère*, et interpréter ces signes, s'ils existent, en faveur de l'intervention » (1).

Plus récemment, dans une discussion, Siredey parle d'un cas qu'il avait observé avec Lepage, et dans lequel « l'apparition d'une teinte subictérique avec élévation rapide du pouls » leur fit « accepter d'un commun accord l'avortement qui seul mit fin aux accidents » (2).

Un peu plus tard, Cathala et Biancani, à propos d'une observation de vomissements incoercibles avec acidose, contre lesquels le traitement hydrocarboné adrénaliné avait échoué, disent : « Nous avons dû recourir à l'avortement en présence des symptômes de gravité présentés par la malade : subictère, oligurie (malgré 3 litres de sérum intra-rectal par jour), présence de pigments biliaires, d'acétone et d'acide diacétique dans les urines, élévation du taux de l'urée sanguine à 1 gr. 15 » (3).

De semblables exemples abondent dans toute la littérature médicale moderne. Ceux que je viens de donner me paraissent contenir et résumer tous les autres.

---

(1) Voron. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris 1924, page 213.

(2) Siredey. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris 1922, page 67.

(3) Cathala et Biancani. — Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris 1922, page 219.

En définitive, l'ictère, franc ou léger, apparaissant au cours des vomissements incoercibles, est considéré comme un signe de gravité qui, à lui seul, ou associé à d'autres symptômes, d'aussi fâcheux pronostic, doit imposer le traitement héroïque : l'avortement thérapeutique.

CHAPITRE IV

Etude critique des Conceptions classiques

La doctrine de la toxémie gravidique par insuffisance hépatique, malgré l'autorité de son auteur, n'a pas satisfait tous les esprits, comme en témoignent les autres théories qui ont essayé d'expliquer par un état névropathique particulier, une insuffisance endocrinienne, une toxémie ovulaire ou un choc anaphylactique, les cas, sans doute nombreux, où la déficience du foie ne semblait pas en cause. Il importe donc, sans faire ici la critique de ces différentes conceptions, de chercher à préciser le rôle pathogénique de l'hépatotoxémie et la valeur de ses conséquences pratiques.

§ I. — *Au point de vue pathogénique*

Remarquons, tout d'abord, que la conception pathogénique des vomissements incoercibles a subi une évolu-

tion chez les partisans mêmes de l'hépatotoxémie gravidique.

A l'origine, l'insuffisance du foie, dont on sait l'action prépondérante dans la défense de l'organisme, leur est apparue comme une tare organique antécédente, s'affirmant à l'occasion de la grossesse, qui ajoute encore aux auto-intoxications normales chez tout individu sain.

Mais quelles sont les causes de l'insuffisance hépatique spéciale à la grossesse ? Déjà, en 1898, Bouffe de Saint-Blaise se déclarait embarrassé pour répondre à cette question, et, se demandant si cette disposition particulière du foie existe dans les premiers mois de la grossesse, il disait : « Je pense que ces accidents très précoces (les vomissements) sont relativement rares, et que, par conséquent, ils peuvent ne se produire que chez des femmes en *imminence d'hépatisme*, chez des femmes déjà fatiguées ou intoxiquées, et surtout chez celles que leur système nerveux avait pour ainsi dire désignées d'avance » (1). En fait, d'après une statistique du Professeur Pinard lui-même, plus des trois quarts des vomissements s'observent dans les deux premiers mois. D'autre part, on retrouve exceptionnellement, dans les antécédents personnels, la maladie antérieure, hépatique, rénale ou autre qui pourrait expliquer la défaillance actuelle du foie. Aussi fallait-il, comme Fieux le fera ultérieurement remarquer, chercher en dehors de l'hépatotoxémie l'origine de l'intoxication en cause dans l'hyperémèse.

Le Professeur Pinard émit alors l'hypothèse de poisons

---

(1) Bouffe de Saint Blaise. — Loc. cit. page 370.

propres à la femme enceinte, poisons d'ailleurs différents suivant l'époque de la gestation, celui du début frappant le système nerveux et mettant particulièrement en jeu le centre vomitif. C'est donc la grossesse elle-même qui entraîne une intoxication spéciale. Les vomissements deviennent graves quand cette intoxication est suffisamment intense pour atteindre le foie et dominer sa fonction défensive. Ici l'insuffisance hépatique devient le fait de la grossesse elle-même : elle est la marque d'une auto-intoxication gravidique sévère.

Au surplus, peu importent l'origine et la nature intime de cette toxémie assurément complexe et si diversement interprétée. Tous les auteurs admettent son existence à la base des vomissements incoercibles, et reconnaissent au foie un rôle indéniable. Même les partisans de la théorie la plus récente, qui rattachent ces vomissements aux accidents anaphylactiques, insistent sur l'importance de la fonction antitoxique de cet organe. « Ainsi, disent-ils, que l'on invoque l'hépatotoxémie gravidique ou l'insuffisance protéopexique du foie, le rôle de cette glande est incontestable et les différentes épreuves fonctionnelles montrent toujours des signes de déficience » (1). En particulier, le subictère ou l'ictère, le syndrôme urinaire, sont l'expression clinique de l'insuffisance hépatique.

Mais, comme l'a fait remarquer le Professeur Bar, on est allé peut être un peu loin en admettant comme un fait acquis l'auto-intoxication au cours de la grossesse. L'intoxication du début, qui cesse le plus souvent spontané-

(1) Lévy Solal et Paraf. — *Paris Médical* 1923, page 2 8.

ment vers le troisième ou quatrième mois, ne paraît pas la même que celle de la fin. Pour expliquer des manifestations aussi différentes que les vomissements graves et les accès éclamptiques, on a été conduit à dire que l'agent toxique ne devait pas être le même pendant toute la durée dé la gestation. En réalité nous ignorons tout de cet agent toxique à double effet.

De plus, le Professeur Brindeau et Lantuéjoul (1) font remarquer que cette intoxication est bien particulière par ses allures cliniques. Elle s'observe rarement chez les femmes qui ont été rigoureusement suivies depuis le début de leur grossesse. Elle guérit presque toujours, malgré son pronostic grave, à la suite des traitements les plus divers et les plus contradictoires. Elle entraîne exceptionnellement, même dans les cas désespérés, la mort du fœtus in utero, qui est si fréquente dans les intoxications vraies.

D'autre part, si l'insuffisance hépatique traduit et mesure l'intensité de l'auto-intoxication gravidique, comment concevoir la rapidité remarquable, parfois immédiate, de la guérison après l'avortement thérapeutique ? « Une intoxication grave ne devrait pas cesser aussi vite, même quand la cause de l'intoxication a été supprimée. Une certaine quantité de toxines devraient subsister quelque temps, et ne s'éliminer qu'à la longue » (2). Car l'intoxication suppose une action chimique précise sur les éléments cellulaires, action spécifique du poison donné,

(1) Brindeau et Lantuéjoul. — *Paris Médical* 1924, page 590.

(2) Brindeau et Lantuéjoul. — *Paris Médical* juin 1924, p. 590. Lantuéjoul. — Leçon du jeudi soir à la clinique Tarnier, 10 décembre 1925

comme est spécifique l'action élective du phosphore sur la cellule hépatique, de la toxine diphtérique sur le système nerveux. Ainsi que le dit mon maître, le Professeur Widal : « C'est par les altérations plus ou moins profondes qu'ils font subir aux molécules des protoplasmas cellulaires auxquels ils se combinent que les poisons agissent sur l'organisme » (1). Il en résulte une lésion qui, pour sa réparation, demande un temps d'autant plus long qu'elle aura été plus grave.

Enfin, quand la guérison est obtenue par le seul traitement médical, il arrive souvent que « l'atténuation et la disparition sont si rapides qu'il suffit de les avoir constatées pour refuser à la théorie de l'auto-intoxication le rôle que les classiques lui accordent » (2).

Il devient plus difficile encore d'admettre la possibilité d'une guérison aussi radicale, quasi magique, par la seule psychothérapie, quand la cause persiste, quand la grossesse continue son évolution, alors que l'ictère était venu affirmer la brutalité d'une intoxication soi-disant évidente, comme dans l'observation que j'ai rapportée au début de ce travail, et dans les observations suivantes :

OBSERVATION II

Subictère : guérison par psychothérapie.

(Observation XI de la thèse de Beloux)

Résumé. — Infirmière de 24 ans, secondipare, entrée à la Maternité de la Pitié, en juillet 1909, pour des vomissements à type grave.

---

(1) WIDAL, ABRAMI et BRISSAUD. — *Presse Médicale* 1920, page 381.

(2) LEVEN et COUDERT. — Extrait du *Bulletin de la Soc. de Thérap.* 11 nov. 1925, page 11.

Première grossesse en 1907 : vomissements incoercibles au 2e mois, ayant résisté à tout traitement et nécessité un avortement thérapeutique.

Grossesse actuelle : D. R. le 29 avril. Le début des vomissements coïncide avec l'absence des règles suivantes. Ces vomissements s'accusent en juin et prennent, au 3e mois, une allure grave qui fait entrer la femme à la Maternité, où elle commence par réclamer l'avortement.

A l'examen le pouls oscille entre 120 et 170, la température est 37°4, la malade est excitée, très amaigrie.

Il existe un léger subictère, mais les urines ne contiennent pas de pigments biliaires.

M. Potocki, sachant que la malade est très ennuyée d'être enceinte, lui affirme que le diagnostic de grossesse porté jusqu'alors est erroné et qu'il s'agit d'un kyste, qu'il va falloir opérer peut-être même d'urgence si les vomissements continuent. Il ajoute que l'opération serait beaucoup moins grave si l'état général était meilleur et que, pour cela, il serait nécessaire qu'elle s'alimentât.

Les vomissesments cessent le jour même. La malade s'alimente et reprend bientôt son métier d'infirmière, en attendant de revenir à la Maternité, d'abord furieuse d'être enceinte, puis enchantée d'être mère d'un enfant né à terme et bien constitué.

Observation III

Subictère : guérison par le chloral.

(*Rapporté par M. E. Vayssière, de Marseille, à la Société obstétricale et gynécologique de Montpellier, séance du* 25 *avril* 1923.)

Mme L..., 32 ans, primigeste. Mariée depuis sept ans, aucune grossesse, jamais de maladies importantes; à signaler pourtant une dentition très défectueuse et des crises de gastralgie

avec digestions pénibles pour cause de mastication insuffisante.

Après quelques irrégularités menstruelles en septembre (correspondant peut-être à un avortement de quelques jours), dernières règles normales le 20 novembre. A partir du 25 décembre, vomissements de plus en plus fréquents, et dès le début douleurs pelviennes allant en augmentant. Nous la voyons en consultation le 14 février. Etat général profondément touché, pouls de 90 à 100, tension 12,5 et 8, douleurs au moindre mouvement, utérus gros et mou en rétroversion du 3e degré. Le lendemain, après transport et isolement dans une clinique, réduction de la rétroversion, surtout par voie rectale. Sans pessaire, l'utérus reste en bonne position, les douleurs s'amendent, mais les vomissements restent toujours très fréquents, la malade ne garde aucun aliment, les urines sont très peu abondantes, foncées, acides.

Echec des médications habituelles (adrénaline, etc.); apparition de phénomènes syncopaux et surtout de subictère. L'indication de l'avortement provoqué se pose. Malgré tout, quatre jours après la réduction (après plusieurs lavements purgatifs, des injections sous-cutanées de sérum et d'huile camphrée, suppression de tout aliment solide ou liquide par voie buccale), nous administrons des lavements de 4 gr. d'hydrate de chloral, et contre les douleurs gastriques nous faisons placer une vessie de glace sur l'estomac. Le premier jour la malade absorbe et garde 300 gr. de liquide, le deuxième jour 500 gr., le troisième et quatrième jour 1.500 gr.; le cinquième jour, les vomissements, qui avaient fortement diminué, réapparaissent un peu plus abondants; 500 gr. de liquide seulement sont absorbés le sixième jour, des potages sont acceptés et gardés; suppression du chloral le septième jour et à partir de ce moment-là l'alimentation reprend progressivement, la malade ingérant volontiers et digérant facilement des pommes crues.

Dix-sept jours après son entrée, la malade sort de la clini-

que et la grossesse se continue sans incidents. C'était une résurrection, toutes les personnes appelées à voir cette malade la considéraient comme condamnée, elle et son enfant, et nous doutions du résultat, ayant obtenu deux désastres dans deux cas similaires malgré avortement thérapeutique, mais sans essai de lavement de chloral.

Observation IV

Ictère : guérison par isolement et électricité.

(*Observation VI de la thèse de Beloux.*

Mme B..., âgée de 32 ans, ménagère, entre le 21 juillet 1908 dans le service de M. Mathieu pour une intolérance gastrique absolue.

Elle a eu à l'âge de 23 ans une première grossesse, au début de laquelle elle a présenté une courte période de vomissements d'une durée de 15 jours environ.

A 25 ans, deuxième grossesse au cours de laquelle ont apparu des accidents diarrhéiques assez intenses, mais de courte durée. Depuis cette deuxième grossesse, troubles dyspeptiques vagues survenant après le repas : oppression, ballonnement du ventre, tendance syncopale; pas de vomissements. Ces accidents seraient devenus plus marqués à la suite d'une pleurésie à l'âge de 29 ans.

La malade, bien réglée d'ordinaire, n'a pas eu ses règles depuis deux mois : elle se croit enceinte.

Les accidents actuels ont débuté brusquement, il y a trois semaines, par des nausées auxquelles ont bientôt fait suite des vomissements. Très rapidement la malade se met à vomir bientôt tout ce qu'elle prend, immédiatement après l'ingestion. Elle ne tolère même pas une cuillerée de champagne. Elle ne ressent, d'ailleurs, aucune douleur, sauf quelques tiraillements dans la région épigastrique.

L'appétit est diminué; les selles sont peu abondantes et ne sont obtenues que par des lavements.

La malade a été mise, chez elle, à une diète buccale presque complète et aux lavements alimentaires. Mais son état s'aggravant, on l'envoie à l'hôpital.

Au moment de son entrée, le 21 juillet, elle paraît considérablement amaigrie et déshydratée : la face est tirée, les yeux sont excavés, la peau, sans aucune élasticité, conserve les plis qu'on lui imprime; les masses musculaires sont très réduites. Il existe un léger ictère conjonctival et cutané, qui est apparu depuis quatre jours et qui s'accompagne de la présence de pigments biliaires normaux dans les urines.

L'affaiblissement est extrême au point que la malade ne peut soulever sa tête ni se retourner dans son lit. Depuis la veille elle n'a cessé de vomir, rendant, avec les petites quantités de liquide absorbées de temps à autres, des mucosités abondantes.

Au niveau de l'abdomen, on constate des mouvements péristaltiques très nets, apparaissant spontanément dans les régions ombilicale et sous-ombilicale, tandis que les flancs sont affaissés. Il n'existe, par contre, aucune zone douloureuse. Au toucher vaginal, le col semble un peu mou, l'utérus un peu gros : la grossesse semble probable.

La température est à peine à 37°, le pouls à 100, très petit, les urines sont rares, foncées, non albumineuses, elles renferment des pigments biliaires et de l'indican.

En somme, l'état de la malade est très alarmant, et malgré les probabilités de grossesse, on hésite, un moment avant, d'éliminer le diagnostic d'occlusion intestinale. On s'arrête pourtant à l'hypothèse de vomissements incoercibles d'origine gravidique chez une névropathe, et on institue le traitement psychothérapique.

La malade, très nerveuse, est isolée malgré ses protestations, mise à la diète buccale absolue, aux lavements alimentaires et aux injections sous-cutanées de sérum artificiel. On

tâche de lui suggérer qu'elle n'a aucune raison de vomir. Elle est maintenue ainsi pendant 48 heures. Au bout de ce temps on essaie de lui donner quelques cuillerées d'eau et de champagne qui sont immédiatement rejetées; on a même de la peine à lui faire conserver les lavements alimentaires.

24 juillet. — On ajoute au traitement précédent l'électrisation de la région épigastrique pratiquée immédiatement après l'absorption d'une petite quantité de liquide, mais les vomissements se produisent encore, et c'est seulement le 26 juillet qu'ils paraissent devenir moins constants. En même temps la diarrhée survient, l'ictère diminue.

A partir de ce moment, la malade accepte la possibilité de ne plus vomir; on essaie de la réalimenter et on diminue la rigueur de l'isolement. La réalimentation est laborieuse, entravée de temps à autre par des vomissements.

Malgré tout, la malade se remonte peu à peu et, le 24 août, quatre ou cinq semaines après son arrivée à l'hôpital, elle peut rentrer chez elle.

Dans la suite la grossesse évolue normalement.

Observation V

Ictère : guérison par l'isolement.

(*Résumée par Lantuéjoul dans le* Paris Médical *du 21 juin 1924, page 589.*)

Primipare au début de sa grossese, arrivée à la Pitié dans un état lamentable, avec vomissements incessants, pouls à 120, ictère, amaigrissement extrême. Bien que persuadé de l'origine névropathique de ces vomissements, on décide de pratiquer le lendemain matin l'avortement thérapeutique si l'état général ne s'est pas amélioré; on hésite même à le pratiquer de suite; isolement; guérison rapide; accouchement à terme.

OBSERVATION VI

Ictère : guérison par le sérum d'homme

(*Observation publiée par M. Sauvage, dans le Journal d'Obstétrique et de Pédiatrie de janvier* 1913.)

Résumé. — Mme X..., 25 ans, tertipare, entre à la Maternité de la Pitié, le 27 juin 1912, pour vomissements incoercitibles.

Grossesses antérieures : pas de vomissements.

Grossesse actuelle : D. R. du 20 au 23 mars. Les vomissements commencent dès le 15 avril, et sont très fréquents d'emblée; mais ils s'atténuent et s'espacent par une médication calmante.

Ils reprennent en mai, nécessitent l'alitement puis le transport à l'hôpital.

A l'entrée : femme enceinte de 3 mois, très amaigrie (36 kilos au lieu de 47). Pouls : 116. Température : 37°. Ventre rétracté avec petite matité hépatique.

Traitement par l'eau de Sedlitz, l'eau lactosée, l'eau chloroformée, puis l'électrisation du pneumogastrique.

28 juin. — La malade, très agitée, « surtout parce qu'elle a entendu dire qu'il faudrait la faire avorter », est calmée par une injection hypodermique de 1 cmc. de sérum artificiel.

29 juin. — On note une amélioration nette : malade calme, vomissements moins fréquents. Poids : 35 k. 700.

30 juin. — Les vomissements s'exagèrent. Poids : 34 k. 700.

On fait 2 cmc de sérum d'homme sous-cutané, en même temps qu'un cmc. de morphine.

« 1er juillet. — La malade est très déprimée, les urines sont très brunes, contiennent des pigments biliaires (Gmelin).

« Les conjonctives sont légèrement colorées en jaune ».

Les vomissements sont plus espacés mais plus abondants. Poids : 34 k. 700.

On injecte 500 gr. de sérum artificiel et 8 cmc. de sérum

d'homme. On fait un tubo-gavage. Les vomissements continuent.

2 juillet. — Les conjonctives restent subictériques, les urines sont bilieuses.

On fait du sérum sous-cutané et un tubo-gavage. On constate que la résistance globulaire est très légèrement diminuée.

L'interruption de la grossesse est décidée le matin, mais différée le soir, car les vomissements cessent.

« 3 juillet. — La malade ne vomit pas. Le subictère conjonctival a disparu, les urines ne contiennent plus de pigments biliaires. Poids : 36 k. 900.

» Le pouls oscille au voisinage de 100. »

Elle commence à s'alimenter.

4 juillet. — A partir de cette date l'amélioration persiste et se complète, la malade reprend du poids et sort de l'hôpital le 11 juillet, en excellent état et ne vomissant plus.

Elle y rentrera le 31 juillet pour y terminer un avortement qui, de l'aveu même de la femme, a été pratiqué en ville.

Observation VII

Subictère : guérison par l'isolement

(*Rapporté par M. Brault, de Rennes, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris. Séance du* 8 *mai* 1922.)

« Le dimanche 27 février 1921, dans l'après-midi, je suis appelé par l'interne de la Maternité « pour pratiquer d'urgence un curettage ».

Je me trouve en présence de Mme B..., 30 ans, enceinte pour la première fois de 2 mois et demi environ (D. R. première semaine de décembre 1920), envoyée d'une sous-préfecture d'un département voisin avec une consultation écrite de deux confrères pour « vomissements incoercibles graves ayant résisté à tous les moyens thérapeutiques et nécessitant, vu l'état

extrêmement sérieux de la malade, un avortement thérapeutique ».

Ces vomissements auraient débuté vers le 4 janvier, au moment même où la malade aurait dû revoir ses règles.

La malade très amaigrie présente une teinte subictérique des plus nettes, elle est dans un état d'asthénie profonde, l'ingestion même d'eau ou de tisane provoque des vomissements immédiats; ses urines, très peu abondantes et très colorées, ne contiennent cependant pas d'albumine. Le pouls petit bat à 130. La température est de 37°3. Il n'y a pas de sialorrhée notable. La malade a été très fatiguée par le voyage (près de 100 kilomètres en auto).

En l'absence du chef de service, le Professeur Véron, je me refuse à prendre une décision aussi radicale et je prescris une injection immédiate de 20 cc. d'huile camphrée et de 20 cc. d'hémostyl. Je fais injecter dans la peau 250 cc. de sérum glucosé (seule quantité dont je dispose en ce moment) et fais installer un goutte à goutte rectal avec du sérum physiologique.

Le lendemain (28 février) matin, je présente la malade à mon maître, le Professeur Véron, elle est un peu reposée mais son état paraît encore fort grave, pouls à 135. Température 37°.

Le Professeur Véron décide de temporiser en continuant l'huile camphrée, l'hémostyl et le sérum rectal, mais en remplaçant le sérum physiologique par du sérum glucosé dès qu'on pourra s'en procurer. (A cette époque il était encore très difficile à Rennes de se procurer du glucose). On se tiendra prêt à intervenir si une amélioration rapide ne se produit pas.

La malade absorbe environ 3 litres de sérum par 24 heures. Du lait coupé donné en très petite quantité est immédiatement rejeté.

Le 1er mars le pouls est tombé à 110, la température oscille autour de 37°. Les urines sont un peu moins rares.

Le 2 mars, pouls à 101; on arrive à faire absorber et garder à la malade près de 3/4 de litre de lait.

Le 3 mars, pouls à 100, les vomissements diminuent nettement. On ne fait passer qu'un litre de sérum.

Le 4 mars, le pouls remonte à 110, les vomissements s'accentuent; peut-être a-t-on augmenté un peu trop vite la quantité de lait. Sérum, 1 litre.

Le 5 mars, pouls à 120. On donne de nouveau 3 litres de sérum glucosé dans les 24 heures.

Le 6 mars, pouls à 110, amélioration légère qui continue les jours suivants.

Le 9 mars, le pouls est au voisinage de 100, l'état général meilleur, l'asthénie a diminué sensiblement, la malade garde un litre de lait et deux œufs. Elle vomit encore un peu, elle urine beaucoup plus abondamment, 1.200 gr. par 24 heures. On continue le sérum rectal (1 litre glucosé, 2 litres physiologique).

L'amélioration s'accentue maintenant très rapidement. On cesse les injections d'hémostyl et d'huile camphrée et le goutte à goutte rectal, les vomissements disparaissent peu à peu et la malade retourne chez elle le 19 mars (20 jours après son entrée) complètement rétablie, ne vomissant plus du tout, mangeant de tout et ayant même fort bon appétit. Pouls à 90. Diurèse normale, le subictère a disparu.

Elle est accouchée à terme chez elle d'un enfant vivant.

Observation VIII

Subictère ; guérison par la suggestion

(Rapporté par MM. Audebert et Gay, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Toulouse. Séance du 29 juin 1923.)

« Il s'agit d'une primipare de 28 ans, mariée depuis 3 mois, ayant eu ses dernières règles du 19 au 27 mars, envoyée à la Clinique d'accouchements avec le diagnostic « vomissements incoercibles nécessitant l'avortement thérapeutique ».

Cette femme nous raconte que les premiers vomissements sont apparus le 17 mai dernier et depuis, malgré un traitement sévère, régime lacté absolu, purgations, l'intolérance gastrique n'a fait que s'aggraver.

Depuis le 2 juin les urines sont rares et foncées, en même temps se manifeste du subictère; devant cette aggravation de l'état général, son médecin lui conseille de se faire transporter à la Clinique d'accouchements, où elle entre le 5 juin.

A première vue, nous sommes frappés par la teinte subictérique et l'amaigrissement de la malade; l'abattement est peu accusé, mais la voix est rauque et traînante, haleine fétide, langue légèrement saburrale. Température : 37°. Pouls 135.

A l'examen obstétrical, nous trouvons un utérus gravide remontant à 9 centimètres au-dessus du pubis, en antéflexion légère.

La malade se plaint d'être fatiguée par le voyage qu'elle vient de faire; un traitement consistant en injections d'huile camphrée — adrénaline et en sérum glucosé au goutte à goutte rectal est institué immédiatement.

Le 6 juin au matin on apprend que la malade a eu encore plusieurs vomissements dans la nuit. Le pouls est descendu à 120. Malgré la fréquence du pouls et le subictère on décide de surseoir provisoirement à l'avortement provoqué demandé par le médecin traitant.

L'examen de la malade au point de vue nerveux n'est pas très démonstratif : les réflexes musculaires sont normaux, pas de troubles de la sensibilité cutanée; on constate seulement l'absence du réflexe oculo palpébral et du réflexe pharyngé.

Dans ces conditions, on tente le traitement psychothérapique. La malade est prévenue qu'il faut pratiquer une opération, après quoi les vomissements ne se renouvelleront plus. Elle est amenée à 10 heures à la salle d'opérations, un plateau contenant de nombreux instruments est placé sur une table bien en vue, puis on donne quelques bouffées d'éther. Quand la malade est devenue subconsciente, on introduit un spécu-

lum, puis un tampon de coton est placé dans le vagin et la malade est finalement rapportée dans son lit où elle reçoit une injection de 1 milligramme d'adrénaline et 1 litre de sérum glucosé au goutte à goutte rectal. Une heure après, au moment du déjeuner des autres femmes, elle absorbe un bol de lait.

Dans l'après-midi, 2 vomissements à 16 heures et 18 heures, extrait surrénal Choay 1 cc. sérum glucosé rectal 1 litre, bol de lait à 20 heures.

Dans la nuit deux autres vomissements. Le 7 au matin, pouls : 120, extrait surrénal Choay 1 cc. Sérum glucosé rectal.

Au repas du matin, la malade mange avec appétit une purée de pommes de terre et un œuf dur. Pas de vomissements consécutifs. Au repas du soir, un potage vermicelle et un œuf dur sont encore parfaitement tolérés.

Le pouls est encore à 120, on injecte encore 1 cc. extrait surrénal, et le 8 juin plus de vomissements, alimentation normale, 1 cc. extrait surrénal.

Dans les jours suivants, la teinte subictérique pâlit progressivement, la malade continue à manger le régime ordinaire et sort guérie le 16 juin 1923, le pouls est alors tombé à 80.

Ainsi, dans toutes ces observations, il s'agissait de cas graves, pour lesquels l'indication de l'avortement thérapeutique avait été souvent posée sur le subictère ou l'ictère, seul ou associé à d'autres signes de mauvais augure, comme l'accélération permanente du pouls au-dessus de 100. Or la guérison a été obtenue plus ou moins rapidement, après échec des médications habituelles, par la psychothérapie appliquée sous différentes formes. Tantôt il a suffi d'isoler la femme, ou de lui affirmer que le diagnostic de grossesse est erroné (obs. II et V); tantôt il a fallu ajouter à l'isolement, soit le chloral en lavements

(obs. III), soit l'électrisation de la région épigastrique (obs. IV et VI), soit le sérum d'homme et le tubo-gavage (obs. VI), tantôt même on a été jusqu'à simuler une intervention obstétricale : autant de traitements dont l'action antitoxique ne saurait être invoquée.

Peut-être objectera-t-on que, dans l'obs. VII, la malade a reçu du sérum glucosé, qui a pu agir heureusement sur le foie. Mais l'auteur même de la communication remarque : « Dans ce cas, l'entéroclyse goutte à goutte préconisée par M. Le Lorier, a permis, en combattant la déshydratation, et même l'inanition, de remonter l'état général de la malade et d'attendre la guérison : car nous ne croyons pas que ce soit, à proprement parler, un traitement curateur. Nous pensons que celui-ci est surtout constitué, même dans un cas grave comme celui que nous relatons, par la sortie de la malade du milieu familial. ». Au surplus, l'action spécifique du sérum glucosé contre l'auto-intoxication gravidique n'est soutenue par personne.

De même, dans l'obs. VIII, où l'on est allé jusqu'à simuler une opération qui devait supprimer les vomissements, la malade a reçu, le jour même, une injection sous-cutanée de 1 mmgr. d'adrénaline, et un litre de sérum glucosé rectal. Mais l'expérience a montré que l'adrénaline n'est pas plus spécifique que le sérum glucosé, et son action n'est pas instantanée. Or la malade, une heure après son réveil, absorbait et gardait un bol de lait !

Enfin dans mon observation personnelle (obs. I), la malade a reçu, le lendemain de l'avortement fictif et les quatre jours suivants, une injection intraveineuse de

1 gr. d'uroformine (d'ailleurs prescrite en mon absence). Or on vient juste de vanter, à la suite de Calamaras, d'Athènes, les bons effets des injections intra-veineuses d'urotropine dans les vomissements incoercibles. Mais, en admettant que des travaux ultérieurs démontrent la valeur thérapeutique spécifique de l'uroformine, je ne crois pas qu'on puisse invoquer son action dans le cas présent. Cette action, en effet, est relativement lente, au dire même des promoteurs de la méthode, qui ont obtenu une amélioration nette seulement au cinquième jour. Ma malade, au contraire, était déjà mieux *le soir même* de l'opération simulée, alors qu'elle n'avait *pas encore reçu* d'uroformine, et elle était presque guérie le surlendemain, c'est-à-dire 24 heures après la première injection d'uroformine, d'ailleurs faite à dose deux fois moins forte (1 gr. au lieu de 2 gr.).

En définitive, ces faits montrent à l'évidence que, malgré les apparences, il ne s'agit pas d'une intoxication, *au sens habituel du mot*, et que l'atteinte hépatique, attestée par l'ictère, est bien superficielle pour s'effacer aussi rapidement.

Au surplus, comment se présente cette insuffisance hépatique ?

La déficience du foie, au cours des vomissements graves, est indéniable. Outre l'ictère, atténué ou franc, qui en est un signe fréquent et grossier, toutes les épreuves fonctionnelles en témoignent, comme le montrent, après d'autres, les récents travaux déjà cités de Couinaud et Clogne.

Mais il ne s'ensuit pas nécessairement que cette insuf-

sance évidente soit la conséquence d'une toxémie, qui, créée par la grossesse, viendrait léser secondairement la cellule hépatique. En fait, remarquait récemment Schickelé : « Malgré tous les efforts de la part de certains auteurs, il n'a pas pu être mis en évidence que, par le fait de la grossesse seule, il y aurait insuffisance du foie. Toute observation et recherche systématique parle, au contraire, en faveur de la fonction normale et indemne du foie gravidique qui s'adapte parfaitement au besoin de la mère et du fœtus » (1). Tous les auteurs modernes, en effet, — Brulé, Crainicianu et Popper, Didier et Philippe, Watrin, Powilewicz, Couinaud et Clogne, Fiessinger et Walter, etc. — qui ont étudié l'insuffisance hépatique au cours de la gestation, s'accordent dans leurs conclusions. Si cette insuffisance est fréquente, quoique très souvent latente et atténuée, à la fin de la grossesse, elle n'existe pratiquement pas avant le 5e mois. Or nous savons que les vomissements s'observent dans la moitié des cas, et que, bénins ou graves, — ceux-ci n'étant que l'exagération de ceux-là, — ils sont l'apanage des tout premiers mois. Ils ne semblent donc pas résulter d'une déficience primitive du foie liée au développement de l'œuf.

Ainsi, l'insuffisance hépatique me paraît être, *non une condition, mais une conséquence des vomissements graves*, et la valeur de l'ictère est semblable à celle de l'acidose ou de l'ammoniurie. De nombreux arguments plaident en faveur de cette opinion.

Dès 1910, Fieux disait, au Congrès de Toulouse : « Dans

(1) Schickelé. — Gynécologie et Obstétrique 1924, page 375.

le pronostic des vomissements incoercibles, l'état d'inanition a une grosse importance, mais il n'est pas tout, et chez les femmes névropathes horriblement déprimées, amaigries et déshydratées qui guérissent finalement par un traitement psychique, et où la polyglobulie existe à coup sûr, *je me demande si l'abaissement du pouvoir glycolytique n'existe pas aussi, au même titre que l'excès d'indican, d'urobiline, d'acétone ou d'ammoniaque urinaire, constamment retrouvé dans les formes graves qui guérissent* » (1).

G. Leven émettait dernièrement la même opinion à la Société de thérapeutique : « Un diagnostic précis, une thérapeutique adéquate bien simple donneront le moyen de guérir ces vomissements lorsque des lésions hépatiques ou rénales ne les rendent pas réellement incoercibles.

« Et même à ce groupe de faits appartiennent peut-être quelquefois des cas où les lésions viscérales sont secondaires aux troubles nutritifs engendrés par les vomissements qui ont trop duré, *l'effet étant pris pour la cause* » (2).

Et il ajoutait en note : « N'en est-il pas de même dans les faits exposés par MM. Weil et Laudat à la Société d'obstétrique (12 mars 1922) où ils ont étudié le syndrôme urinaire au cours des vomissements incoercibles et constaté l'analogie des urines de diabétiques acidosiques et des urines de malades à vomissements incoercibles ? »

---

(1) Fieux. — Revue pratique d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris 1911, page 273.

(2) G. Leven — Bulletin et Mémoires de la Société de Thérapeutique 1922, page 161.

C'est dire déjà que le syndrôme urinaire en rapport avec la déficience du foie, et sur lequel serait établi le diagnostic d'hépatotoxémie, est vraisemblablement secondaire à l'inanition, comme il est souvent secondaire aux convulsions dans l'éclampsie, d'après Lévy-Solal.

Cet argument purement spéculatif est confirmé, me semble-t-il, et renforcé par les faits.

Toutes les épreuves urinaires et sanguines faites pour étudier l'insuffisance hépatique gravidique ont montré, nous l'avons déjà vu, que cette insuffisance est manifeste au cours des vomissements graves, mais qu'elle n'existe pas du seul fait de la grossesse avant le 5e mois, précisément à l'époque où les vomissements peuvent survenir. Couinaud et Clogne, en particulier, concluent, à propos du rapport $\frac{\text{N formol}}{\text{N hypobromite}}$, sembable au coefficient de Maillard :

« Chez la femme enceinte normale, les chiffres que nous avons trouvés sont sensiblement normaux. Par contre, dans les divers cas pathologiques, et plus particulièrement dans l'infection puerpérale et les vomissements incoercibles, on observe une augmentation notable de ce cœfficient, qui peut même monter à 10 et même 11 % (au lieu de 6,88 %), témoignant d'une insuffisance hépatique » (1). Les épreuves glycuronique et hémoclasique ont donné les mêmes résultats.

L'ictère aussi est rare, s'il existe, dans les premiers mois de la grossese, et, quand on l'observe au cours des vomis-

(1) Couinaud et Clogne. — Gynécologie et Obstétrique 1923 page 372.

sements graves, il est relativement tardif. Dans la règle il se montre à la deuxième période. Exceptionnellement il existe dès le début des vomissements, tel le cas rapporté par Loriot, en 1894, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris. Or, si l'insuffisance du foie est une condition des vomissements incoercibles, pourquoi l'ictère, même léger, n'apparaîtrait-il pas parfois avec les vomissements ou même avant eux ? Ne serait-ce point parce que la perturbation biliaire est sous la dépendance des troubles digestifs ?

Cliniquement, du moins, *il existe entre l'ictère et les vomissements un parallélisme frappant*, parfois même schématique, comme dans le cas suivant :

OBSERVATION IX

Ictère et vomissements évoluant parallèlement

(*Observation XIV de la Thèse de Perrilliat-Botonet*)

Résumé. — S. M..., tertipare, 29 ans.

Entrée le 27 janvier 1909 pour vomissements apparus dès la troisième semaine. (D. R. du 23 au 28 octobre 1908). A ce moment pas d'ictère.

2 février. — Urines non recueillies (perdues en vomissant).

Vomissements : 930 gr. Pouls : 94 moins bien frappé.

Teinte subictérique très nette des conjonctives. Les yeux sont un peu excavés.

Régime : eau bouillie. Matin et soir lavage intestinal. Friction aromatique.

Le 3. — Vomissements 960 gr. La teinte subictérique des conjonctives subsiste, mais ne s'accuse pas davantage.

Le 4. — Facies mauvais. « On constate une teinte subictérique légère des téguments. »

Vomissements 520 gr.

Le 5. — La malade, jusqu'alors insomnique, repose.

« La teinte subictérique des téguments s'est dissipée. »

Vomissements 460 gr.

Le 6. — Vomissements 1010 gr.

Le 7. — Vomissements 1150 gr.

Le 8. — Aggravation. « On note de nouveau une teinte subictérique généralisée plus accusée au niveau des conjonctives ».

Vomissements 530 gr., puis aggravation manifeste à partir du 9 février, si bien que « M. Pinard donne l'ordre d'interrompre la grossesse » le 10 février.

Malgré cela la malade meurt le 11.

A l'autopsie : « aucune lésion nette d'aucun organe (cerveau, moelle, cœur, etc.) ».

Dans cette observation, le subictère est exactement proportionnel à la quantité des vomissements.

Ce n'est évidemment pas une démonstration : la formule est trop mathématique pour convenir à la clinique courante. Mais toujours on voit l'ictère suivre l'évolution des vomissements, augmentant, diminuant, ou disparaissant avec eux, même dans les cas rapportés ci-dessous, qui ont abouti à l'avortement, spontané ou provoqué :

Observation X

Ictère ayant diminué par traitement médical *avant* avortement

(*Observation I de la Thèse de Mettey*)

Résumé. — Mad. C..., première grossesse en 1900, avortement de six semaines.

Grossesse actuelle. D. R. 19 au 25 décembre 1900.

Depuis le 1er février vomissements incoercibles avec amaigrissement considérable.

Entre à Lariboisière le 4 mars 1901. Grossesse de 2 mois et demi environ avec utérus fortement antéversé, légèrement antéfléchi. L'examen des autres organes est négatif. Poids : 37 k. 200.

La malade n'a pas eu de garde-robes depuis 10 jours.

5 mars : après une grande entéroclyse sans résultats, la malade absorbe 1.000 gr. d'eau de Sedlitz, dont elle rend la plus grande partie. Néanmoins 5 garde-robes assez fétides.

Urines : 500 cc. très foncées.

6 mars : température 36°8. Pouls 112. Poids : 36 kilos.

La malade n'a pas vomi.

7 mars : pas de vomissements, pas de garde-robe.

« Légère teinte subictérique. »

8 mars : T. 36°7, pouls 136. P. 35 kilos. Les vomissements reprennent. Pas de garde-robe.

9 mars : T. 37°3, pouls 96. P. 36 kilos.

L'ictère est très net au niveau des conjonctives. On donne deux lavements alimentaires rendus en partie.

A eu deux garde-robes pendant la nuit.

1000 gr. de sérum en deux fois.

10 mars : T. 37°2, pouls 132. P. 37 kilos.

Garde-robe abondante à la suite d'une entéroclyse.

Le lavement alimentaire est gardé.

La teinte ictérique est *moins* accentuée.

Mais les vomissements reprennent, l'amaigrissement s'accentue, la malade s'agite, a de l'insomnie, des névralgies. Devant l'état général de plus en plus précaire M. Bonnaire provoque l'avortement le 20 mars. Très rapidement les vomissements s'arrêtent, l'état général s'améliore, le poids augmente et la malade peut quitter l'hôpital le 4 avril. Elle est alors en bon état et pèse 36 kilos.

OBSERVATION XI

Ictère ayant diminué par méthode de Copeman *avant* avortement

(Observation II de la Thèse de Mettey)

Résumé. — Mad. L... IV pare, a eu des vomissements bénins pendant les trois premiers mois de ses deux premières grossesses.

Entre à Lariboisière le 12 juin 1902 pour vomissements apparus quinze jours après les dernières règles, et devenus progressivement plus fréquents, entraînant un amaigrissement considérable.

L'examen révèle une grossesse de trois mois environ avec une antéflexion utérine légère, un pouls à 92, des urines normales, des signes classiques d'hystérie. Poids : 44 k. 500.

Du 13 au 15 juin la malade est mise à l'eau de Sedlitz, aux entéroclyses, aux inhalations d'O et reçoit du sérum sous-cutané.

Le 16 juin l'état s'est plutôt aggravé. L'abattement est profond, et il y a une « teinte subictérique des conjonctives ». M. Bonnaire fait la dilatation du col suivant la méthode de Copeman, malgré une augmentation de poids de 1500 gr.

Le 17 juin. — Malgré cette intervention les vomissements persistent, la faiblesse augmente, la malade a des vertiges. On applique des sacs de Chapman sur la région lombaire et on fait 1000 gr. de sérum. T. 36°8. Pouls 112. Poids : 46 k. 400.

Le 18 juin. — « L'état général semble s'améliorer. La teinte ictérique est à peu près disparue. La malade se sent moins faible. Elle a mieux dormi cette nuit. »

Néanmoins les vomissements persistent nombreux et toujours très aqueux.

Les jours suivants se produisent des alternatives d'amélioration avec diminution des vomissements, augmentation de poids, meilleur état général, et d'aggravation avec recrudes-

cence des vomissements, céphalée, engourdissement dans les membres, troubles psychiques, et M. Bonnaire provoque l'avortement le 25 juin.

Après une amélioration passagère, les vomissements reparaissent, l'état mental devient inquiétant (confusion mentale, hallucinations, etc.), il y a incontinence des sphincters, et la malade est emmenée par son mari le 9 juillet.

Observation XII

Ictère ayant diminué par méthode de Compeman *avant* avortement

(Cas rapporté par M. G. Lepage à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, 14 octobre 1907.)

Résumé. — Secondipare, sans antécédents particuliers, entrée à la Clinique Tarnier le 16 janvier 1907.

D. R. 24 septembre.

Vers le 20 novembre, apparition des premiers vomissements qui, rapidement, prennent une gravité toute particulière, faisant porter le diagnostic de vomissements incoercibles à la Maternité de Lariboisière où elle entre.

Pendant une huitaine de jours la femme est soumise aux purgatifs répétés. Les vomissements diminuent et la malade rentre chez elle, apparemment guérie.

Du 10 au 25 décembre, l'état se maintient satisfaisant.

Le 26 les vomissements reparaissent à l'occasion d'une congestion pulmonaire grippale de la base droite soignée à la Maison Dubois. Les signes pulmonaires s'amendent, mais les vomissements sont de plus en plus fréquents, la malade se cachectise et est transportée à la Clinique Tarnier le 16 janvier.

« Etat général très mauvais. Malade cachectique, sans forces, parlant à peine. Teinte subictérique des téguments. »

Vomissements continus. Constipation rebelle. Pouls 118.

Grossesse de 3 mois et demi environ dans un utérus normal.

A la base droite quelques restes de la congestion pulmonaire.

Pas de stigmates d'hystérie, mais caractère hyperexcitable.

Les symptômes vont en s'accusant, malgré le traitement médical (lavement purgatif, oxygène, sérum sous-cutané).

Le 19. — « Pouls à 112. L'état général est de plus en plus mauvais... La teinte ictérique des téguments est accentuée. Doit-on ou ne doit-on pas interrompre la grossesse ? »

D'un commun accord MM. Demelin et Brindeau « décident la pose d'une tige de laminaire, en évitant autant que possible l'ouverture de l'œuf ».

On continue le traitement médical. La laminaire détermine quelques douleurs, et est remplacée, au bout de 24 heures par une autre qui provoque aussi quelques contractions.

Les vomissements diminuent rapidement, et ne reparaissent plus.

Le 24, bien que l'état général soit toujours mauvais, « la teinte ictérique a diminué ».

Les jours suivants la femme reçoit des lavements alimentaires, et commence à s'alimenter normalement le 30.

Mais le 1er février apparaissent des douleurs abdominales qui aboutissent, le 5 seulement, à l'expulsion d'un fœtus pesant 190 gr. et paraissant mort depuis peu de temps (24 heures au plus d'après MM. Pinard et Lepage).

Les suites sont normales et la femme reprend des forces rapidement pour sortir de la clinique en excellent état le 17 février.

Observation XIII

Ictère : guérison, avortement spontané (?)

(*Cas rapporté par M. Oui, en décembre* 1912, *à la Réunion obstétricale et gynécologique de Lille*)

Femme de 25 ans, primipare; a été réglée tard, à 20 ans et demi, et toujours régulièrement.

La dernière menstruation s'est produite du 20 au 26 juin.

Cette femme vomit depuis le début de juillet.

Depuis le 15 juillet, elle s'était aperçue qu'elle maigrissait. Cet amaigrissement s'est rapidement accentué et la malade déclare avoir perdu 8 kgr depuis un mois.

Elle se plaint de douleurs au creux épigastrique, douleurs violentes, spontanées, surtout marquées après les vomissements. Insomnies, cauchemars, crampes dans les membres inférieurs. Constipation opiniâtre.

Teinte ictérique très nette. Les sclérotiques sont jaunes. La langue est sèche et rouge au niveau de la pointe et des bords. Urine rare, très foncée, contenant des pigments biliaires abondants et des traces d'albumine.

Vomissements bilieux incessants. Température 36°7; P. 140. L'utérus présente à peine les dimensions d'un utérus gravide de 2 mois à 2 mois et demi.

Le 28 septembre, injection de 10 cc. de sérum de femme enceinte de 3 mois. T. 37°4. P. 120. Urine : 300 cc.

Le 29 septembre, vomissements toute la nuit. T. 37°2, 37°4. P. 124. Urine : 300 cc.

Le 30 septembre : lavement purgatif; les vomissements persistent; cependant la malade a pu conserver un peu de bière. La teinte ictérique paraît avoir légèrement diminué.

T. 37°2-37°4. P. 120. Urines : 350 cc.

Le 2 octobre, les vomissements cessent. L'ictère a aussi disparu très rapidement. Le pouls, seul, a gardé pendant longtemps une fréquence anormale, puisque c'est seulement le 17 octobre qu'il est tombé au-dessous de 100 pulsations à la minute.

Le 21 octobre, à 7 heures du soir, cette femme commençait à ressentir des douleurs qui se calmèrent dans la nuit, pour reprendre dans la matinée du 22 octobre. Le soir, à 10 heures, elle expulsait un fœtus paraissant âgé d'environ 2 mois, momifié et pesant 10 grammes. Une demi-heure après l'arrière-faix était expulsé à son tour. Il pesait 60 grammes.

Suites de couches normales.

Les observations X, XI et XII nous montrent que l'ictère a partagé le sort des vomissements, s'accusant d'abord, puis diminuant ou reprenant avec eux, *avant* l'interruption artificielle de la grossesse.

L'observation XIII est très particulière, du fait de la mort de l'embryon, dont on n'a su ni la date ni la cause. Je ne la cite que comme témoin supplémentaire de la guérison rapide et simultanée de l'ictère et des vomissements.

Ce parallélisme semble, du reste, s'observer dans des conditions analogues, en dehors de la grossesse. Mlle Abramovitch, étudiant « l'ictère et le rôle du foie dans le syndrôme vomissements à répétition de l'enfance », conclut :

« Le syndrôme vomissements à répétition de l'enfance » s'accompagne fréquemment de signes d'hépatisme...

« Chez quelques malades, on peut observer un ictère très foncé, avec décoloration des matières, survenant pendant ou après les crises de vomissements » (1).

Au total, l'insuffisance hépatique contemporaine des vomissements incoercibles, avec ou sans l'ictère qui en est l'expression clinique visible, *paraît être la conséquence et non la condition de ces vomissements.*

Mais alors, si les vomissements graves ne sont pas le fait d'une intoxication par action chimique d'un poison gravidique réel, sinon connu, quelle est leur origine ? Quelle est leur nature ?

Remarquons tout d'abord que les vomissements gra-

(1) Mlle Abramovitch. — Thèse de Paris 1911, page 69.

ves sont, en fait, l'exagération des vomissements simples. Le problème est donc double : il s'agit de déterminer, d'une part, l'origine et la nature des vomissements bénins; d'autre part, la raison de l'aggravation qui les rend incoercibles.

La critique détaillée, déjà faite plusieurs fois, de toutes les théories soutenues sur la pathogénie des vomissements dépasserait de beaucoup le cadre de cette étude. A l'heure actuelle, la plupart des auteurs s'accordent pour voir, sous des angles divers, à la base des vomissements graves, une auto-intoxication greffée sur un terrain névropathique particulier. Aussi me suffira-t-il de préciser la conception pathogénique à laquelle je me rattache.

Nul doute, dirai-je, en adoptant et renforçant l'opinion de H. Delaunay, « que, pratiquement, le qualificatif « toxique » ait été attribué avec une trop grande extension, c'est-à-dire à tout vomissement dont l'origine réflexe ou psychique n'a pas été reconnue. Il serait peut-être utile de réserver le terme toxique à la catégorie des vomissements qui ont pour cause principale la présence dans le sang et le liquide céphalo-rachidien d'une substance chimique définie, agissant directement sur le centre, et de classer provisoirement sous la désignation moins précise de « vomissement humoral » tous ceux qui paraissent avoir pour cause un trouble, soit de l'équilibre colloïdal du sang et des cellules, soit de la circulation des liquides interstitiels au niveau du bulbe » (1). En particulier, le vomissement gravidique pur, c'est-à-dire celui qui n'a

(1) H. Delaunay. — Le vomissement, *Biologie Médicale* 925, n° 6.

pas pour point de départ une lésion organique précise, gastro-intestinale, utérine, cérébrale ou endocrinienne, me paraît être *l'expression clinique d'un trouble physique des humeurs, d'un déséquilibre colloïdal.*

Dès 1880, Bailly écrivait : « Je continuerai à voir dans les vomissements incoercibles une exagération pure et simple des troubles fonctionnels engendrés par la grossese, troubles nuls chez quelques femmes, plus ou moins prononcés chez les autres, et qu'il faut avant tout rattacher aux changements survenus dans la composition du sang chez les femmes enceintes, et aux modifications qui en résultent dans le fonctionnement du système nerveux. La marche irrégulière de l'affection, son arrêt subit, sans cause appréciable, ou encore la perturbation produite par le traitement, ne cadrent guère avec l'idée d'une cause organique, que suppose la doctrine des localisations » (1). Cette doctrine des localisations n'est plus soutenue par personne, depuis bien longtemps. Par contre, les beaux travaux de mon maître, le Professeur Widal, et de ses élèves, permettent aujourd'hui de mieux comprendre la nature, le mécanisme intime du bouleversement sanguin qui est à l'origine de ces accidents.

C'est aux phénomènes colloïdoclasiques que Lévy-Solal a pu assimiler les vomissements graves : « Le déclenchement brusque, sous forme de crise, la cessation rapide, sous des influences diverses, l'atténuation progressive avec l'évolution de la gestation sont autant de particularités spéciales à ce syndrôme qui l'apparentent aux réactions

(1) Bailly, cité par Labusquière, *in Annales de Gynécologie* 1898, page 390.

anaphylactiques » (1) et l'opposent aux troubles d'origine toxique connus jusque-là. « L'organisme maternel paraît fortement sensibilisé par les albumines fœtales pénétrées dans le courant sanguin, peut-être à la faveur d'une insuffisance protéopexique du foie ; sous l'influence du dysfonctionnement glandulaire, la perte de l'équilibre vago-sympathique constituerait un terrain particulièrement favorable à l'éclosion des accidents ».

Mais cette sensibilisation de la mère par les albumines fœtales semble, de prime abord, bien étonnante, à une époque où l'embryon n'est rien, où l'œuf n'est parfois qu'à peine formé, puisque certaines femmes vomissent dès les premiers jours et font ainsi le diagnostic anticipé de leur grossesse.

Remarquons d'emblée que cette sensibilisation n'a pas forcément pour condition une insuffisance protéopexique du foie, bien incertaine au début de la grossese, et qui s'exerce d'ailleurs d'une tout autre manière vis-à-vis des albuminoïdes digestives.

D'autre part, « si l'on serre de près le problème, dit Le Lorier, on arrive à cette constatation que, dans l'œuf en voie de développement, il existe des matières protéiques qui ont pour origine deux cellules distinctes : l'une de provenance maternelle, l'autre de provenance paternelle.

« Il serait étrange que les matières protéiques d'origine maternelle puissent être en conflit avec l'organisme maternel, mais il n'y aurait rien de surprenant à ce que les molécules protéiques qui ont la structure des protéines

(1) Lévy-Solal et Paraf. — *Paris Médical* 1923, page 218, et Leblanc. — Thèse de Paris 1924, page 16.

paternelles puissent se comporter vis-à-vis de la mère comme des albumines étrangères » (1).

Cette remarque justifie pleinement et précise l'assimilation des vomissements aux phénomènes de choc anaphylactique observés en clinique. Mais l'anaphylaxie suppose la sensibilisation préalable de l'organisme par une albumine étrangère. Or les vomissements s'observent plus souvent chez les primipares que chez les multipares. C'est que le terrain joue aussi un rôle capital. A côté du déséquilibre vago-sympathique, qui intervient sans doute comme facteur de la sensibilité aux chocs, il faut faire une place à part à ce que le Professeur Widal appelle la diathèse colloïdoclasique. Il s'agit, pour un individu donné, d'une instabilité spéciale de l'équilibre colloïdal, d'une « tendance à réagir par des chocs aux actions pathogènes les plus diverses, qui a son point de départ dans une viciation humorale particulière » (2). Cette véritable tare humorale, cette idiosyncrasie, explique les phénomènes de chocs spontanés, qui, pour être semblables et intimement liés à ceux de l'anaphylaxie, n'entrent pas dans le même cadre, puisqu'ils s'observent chez des sujets non encore sensibilisés. Il y a là quelque chose d'analogue à ce que l'on voit dans les accidents de la sérothérapie. L'histoire de ces accidents « montre, en effet, à l'évidence, que nous ne sommes pas plus égaux en face de l'injection seconde, c'est-à-dire de l'anaphylaxie, que nous ne le sommes en face de l'injection première, c'est-à-die de l'idiosyncrasie ». On peut donc dire que « non

(1) Le Lorier — Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier Vigot 1921, page 104

(2) Widal, Abrami et Lermoyez. — *Presse Médicale* 1921, pages 189 et 193.

seulement le terrain commande les manifestations cliniques du choc », mais qu' « il semble, dans bien des cas, prédisposer à l'éclosion de l'anaphylaxie elle-même » (1).

Ce rôle de la prédisposition intervient, *sous une autre forme*, pour rendre incoercibles les vomissements bénins, que ceux-ci soient ou non l'expression clinique d'un choc protéique atténué. Il se peut que les vomissements graves, à début brusque, d'ailleurs exceptionnels, soient la manifestation d'un choc anaphylactique bruyant. Mais, dans l'immense majorité des cas, *c'est un état névropathique particulier qui est responsable de l'aggravation progressive habituellement observée.*

N'est-ce pas déjà ce que voulait dire Bouffe de Saint-Blaise lui-même quand il écrivait, à propos des autointoxications gravidiques : « Au début de la grossesse, on ne remarque guère que des complications qui sont secondairement sous la dépendance du système nerveux ? »

En tout cas, Doléris, Kaltenbach et surtout Mathieu, ont insisté sur le rôle de l'hyperexcitabilité du système nerveux et de la suggestion dans la genèse des vomissements graves. Il faut rappeler ici les paroles si expressives de Mathieu et J.-Ch. Roux : « Pendant les premiers mois, presque toutes les femmes enceintes ont des nausées et des vomissements espacés, qui paraissent tenir à un développement progressif de l'utérus ou à quelque état d'intoxication mal défini. Mais souvent des conditions morales toutes particulières donnent à ces vomissements une allure plus grave. Les attentions multiples de l'entourage,

(1) Widal, Abrami et Lermoyez. — *Presse Médicale* 1921, page 188 et 193.

les précautions prises contre les vomissements, les mines des convives au début du repas dès que se produit le moindre malaise, agissent comme autant de suggestions puissantes. Il n'en faut pas plus pour graver dans l'esprit d'une jeune malade prédisposée l'idée de la nécessité du vomissement. C'est dans ces conditions que se développent les vomissements incoercibles de la grossesse, qui ont parfois un évolution si grave » (1).

De nombreux auteurs se sont rallié depuis à cette conception. Dernièrement, Siredey disait à la Société d'obstétrique : « Sans accepter dans toute sa rigueur exclusive l'opinion de Mathieu, je crois qu'elle renferme une grande part de vérité, et que nombre de ces vomissements de la grossesse doivent être, au début, traités comme des manifestations pithiatiques » (2).

Je n'ai pas à justifier ici une opinion qui a été défendue maintes fois, et tout récemment encore, avec beaucoup plus d'autorité. Il me suffit de dire en y insistant que *le pithiatisme n'intervient pas pour créer les vomissements, mais seulement pour les exagérer*. Et je ne puis mieux faire que de citer textuellement Brindeau et Lantuéjoul :

« Les vomissements incoercibles apparaissent comme le type de cette association si fréquente dite hystéro-organique. Cette association de troubles fonctionnels et de troubles organiques est bien connue dans ses diverses modalités, dont la plus caractéristique, peut-être, est l'hys-

(1) Mathieu et J.-Ch. Roux. — Pathologie gastro-intestinale.

(2) Siredey. — Discussion. Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris Paris 1922, page 67.

téro-traumatisme. Dans tous ces cas, une base organique plus ou moins importante existe, et sur cette base se greffent des phénomènes pithiatiques parfois légers, parfois, au contraire, d'une telle intensité qu'ils dominent la scène et masquent la lésion organique originelle. Il est peu « d'épines irritatives » qui ne soient susceptibles d'être la cause de l'apparition de phénomènes pithiatiques surajoutés.

« On peut observer chez la femme enceinte des intoxications exogènes ou endogènes : mauvais fonctionnement des glandes à sécrétion interne, lésions de l'utérus, et en particulier du col. Certaines femmes ont une sensibilité particulière du col; elles peuvent ainsi vomir à l'occasion d'un coït, d'un examen gynécolique, de la pose d'une laminaire; elles seront prédisposées à vomir à l'occasion d'une grossesse, le col étant le point de départ d'un réflexe nauséeux. Il semble bien vraisemblable que le pithiatisme doit venir se greffer sur ces « épines irritatives » pour que se constitue le tableau classique des vomissements incoercibles. Ainsi s'expliquent et l'absence de vomissements graves chez les femmes soignées dès le début des accidents, et la constance des guérisons obtenues quand on peut intervenir avant que les troubles pithiatiques secondaires soient trop accusés » (1).

J'ajouterai cependant qu'à la base des vomissements graves, les phénomènes de choc semblent avoir une part importante, sinon prépondérante, en dehors des lésions originelles envisagées par Brindeau et Lantuéjoul.

---

(1) Brindeau et Lautuéjoul. — *Loc. cit.* page 591.

En résumé, les vomissements incoercibles purs me paraissent être le plus souvent le résultat, non de quelque état d'intoxication indéterminé, mais d'un déséquilibre humoral, d'une sorte de colloïdoclasie gravidique d'origine spermatique, dont les manifestations cliniques, habituellement bénignes — vomissements simples — sont aggravées par le pithiatisme, qui entraîne indirectement des troubles secondaires d'intensité croissante, tels la déshydratation, l'acidose, l'ictère.

§ II. — *Au point de vue pronostique.*

L'ictère ne peut plus désormais être considéré comme un témoin d'une toxémie gravidique profonde et une indication à l'avortement thérapeutique.

Il est d'abord curieux de remarquer que les partisans de l'insuffisance hépatique à la base des vomissements incoercibles, n'ont attaché qu'une faible importance à l'ictère, signe grossier sans doute, mais signe habituel et patent de cette insuffisance. Pour eux, l'ictère n'est même pas un élément de pronostic particulier. Ce qui compte avant tout, ce qui sera une indication possible à l'interruption de la grossesse, c'est l'accélération permanente du pouls, « symptôme d'intoxication le plus constant, le plus facilement appréciable, et en même temps le plus grave » (1).

Il n'en reste pas moins que l'ictère, même léger, a été considéré jusqu'ici par nombre d'accoucheurs comme un

(1) Pinard. — Extrait des Annales de Gynécologie et d'Obstétrique 1909, page 20

signe de mauvais augure. Pour les uns, il constitue même un dernier avertissement. Pour d'autres, il ne suffit pas, à lui seul, à poser l'indication de l'avortement, « car on a vu la guérison survenir sans intervention dans un certain nombre de cas où le subictère était assez marqué. Par contre, l'état peut être très grave et nécessiter l'interruption de la gestation sans qu'il y ait du subictère » (1).

Nous comprenons mieux, maintenant que nous connaissons sa signification, que l'ictère puisse guérir avec les vomissements sans avortement. Ces cas sont fréquents. Les observations précédentes (obs. I à obs. VIII) sont déjà des exemples frappants. En voici d'autres dans lesquelles l'origine toxique des vomissements peut être discutée, mais où *la guérison a été obtenue malgré le subictère, voire même malgré l'ictère, par un traitement médical exclusif :*

OBSERVATION XIV

Subictère : guérison sans avortement.

(*Observation II de la thèse de Saussure.*)

Résumé. — B..., 31 ans. Secondipare. Sans profession et sans antécédents pathologiques particuliers.

Le première grossesse, remontant à trois ans, a également déterminé des vomissements, mais est allée à terme (enfant vivant).

Grossesse actuelle. — D. R. du 10 au 12 mai.

« Dès le début de juin surviennent des vomissements d'emblée fréquents et absolus. La femme rejetait tout, même le lait, et ne pouvait conserver qu'un peu de limonade.

(1) CANOUET. — Thèse de Paris 1923, page 43.

En même temps que les vomissements sont survenus un amaigrissement rapide, une grande prostation, de l'anorexie, et une sensation de brûlure à la région épigastrique.

23 juillet. — La femme est dans un état d'amaigrissement marqué, les traits sont tirés. Les téguments ont une teinte subictérique. Insomnie.

L'haleine est fétide, les lèvres sèches, la langue saburrale. Constipation.

Le pouls, bien frappé, régulier et égal, mais rapide (120).

Les urines sont peu abondantes : 200 gr.

1er août. — La femme a vomi moins fréquemment que chez elle et a pu conserver un peu de lait. L'insomnie est moins absolue. Le pouls est à 120. Les urines sont plus abondantes : 700 à 1.000 gr. La constipation est combattue par un lavement quotidien.

2 août. — La malade a pu conserver du lait coupé d'eau. Diminution des vomissements. Nuit bonne. Pouls 120.

3 août. — Même état. Un peu de lait pur a été conservé.

4 août. — Dans la nuit reparaissent des vomissements aqueux, fréquents. Insomnie. Pouls à 120-130. On supprime le lait. La malade ne prend plus que de l'eau et de la glace.

5 août. — Amélioration à la suite de laquelle on redonne du lait.

6 août. — Le lait est bien supporté.

Diminution de la teinte subictérique. Constipation toujours opiniâtre. Persistance de l'accélération du pouls. Température 38°6 ».

9 août. — A partir de cette date l'estomac devient peu à peu plus tolérant. La femme s'alimente bientôt à peu près normalement et n'a plus que de rares vomissements.

Mais, à partir du 15 août, elle présente des troubles cérébraux (excitation, incohérence dans les idées, troubles de la mémoire) avec faiblesse des membres inférieurs qui n'ont pas complètement disparu 18 mois après l'accouchement.

Observation XV

Subictère : guérison sans avortement.

(*Observation rapportée oralement par M. Devraigne à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris. Séance du 13 février* 1922.)

Dans la question du pronostic des vomissements incoercibles, le pouls n'est pas le seul critérium pour juger de la gravité des cas cliniques. J'ai actuellement dans mon service de la Charité une malade qui prouve cette affirmation. Entrée en médecine pour vomissements incoercibles au début d'une gestation, on diagnostique chez elle un kyste de l'ovaire et on la passe en chirurgie où on lui fait l'ablation de ce kyste : je n'ai pu avoir de détails sur la nature de ce kyste. Malgré ce traitement chirurgical, elle continue à vomir et est passé dans mon service dans un état grave : subictère, vomissements vraiment incoercibles, accompagnés de sang, pouls régulièrement entre 120 et 130 pulsations, oligurie. La femme voulait qu'on l'avortât. Je fais faire, après purgations sérieuses et injections répétées de sérum salé et glucosé, deux numérations globulaires par le Docteur Daunay : elles indiquent 4.500.000 et 5 millions de globules. Malgré l'état impressionnant de la malade, malgré son pouls élevé, me basant uniquement sur les numérations globulaires normales (ne donnant pas de la polyglobulie, comme je l'ai démontré depuis 1904, contrairement à l'opinion classique jusque-là qui voulait, avec Tuschkaï, qu'il y eut de l'anémie globulaire dans les cas graves), je décidai de ne pas intervenir; j'affirmai à la malade que je ne la ferais pas avorter et continuai à lui faire injecter chaque jour des lipoïdes de corps jaune et d'ovaire. Une légère température qui me semblait anormale fut expliquée par l'apparition d'une otite. La malade, suivie depuis trois semaines, va bien, ne vomit plus et va sortir désintoxiquée, contente même de continuer sa gestation en bon état.

OBSERVATION XVI

Subictère : guérison sans avortement.

(Observation VIII de la thèse de Canouet.)

Secondipare 33 ans.

En 1911 à la clinique (obs. 836); avortement thérapeutique pour vomissements graves.

D. R. du 6 au 11 février.

30 mars : début des vomissements aboutissant rapidement à l'intolérance gastrique absolue.

4 avril : entre à la clinique Baudelocque.

Amaigrissement marqué; sialorrhée et vomissements abondants. Urines rares. Pouls 60. T. A. 9,5-7 au Pachon.

La femme est isolée; diète absolue, sauf un peu de glace à sucer.

250 cc. de sérum glucosé + adrénaline à 1/1000 X gouttes, voie rectale.

Le 6 avril : subictère des conjonctives. Vomissements fréquents. Pouls 80. Urines : 500. T. A. 10-7.

Traitement : lavement de chloral, 3 gr. matin et soir; sérum glucosé en goutte à goutte rectal, deux fois 250 gr.; adénaline à 1/1000, XV gouttes matin et soir.

Rincer fréquemment la bouche à l'eau de Vichy toutes les deux heures.

Le 7 avril : vomissements moins nombreux; la femme a dormi.

Pouls 92. T. A. 11,5-8. Urines 500 cc.

Même traitement.

Le 8 avril, pas de vomissements; nuit calme.

Même traitement; on augmente la quantité d'eau de Vichy.

Le 9 avril : on ajoute au régime 250 gr. de lait et 700 gr. de panade. Même traitement.

Le 10 avril : pouls 90. T. A. 13-9,5. Urines 500 cc.

Régime : eau de Vichy 1 litre 1/4; lait 1/4 de litre; panade 500 gr.; purée 450 gr.

On supprime le chloral et l'adrénaline.

Sérum glucosé 500 cc. en goutte à goutte rectale. La femme a un seul vomissement.

Le 11 avril : pouls 86. Urines 1200.

En plus du régime de la veille, la femme prend du macaroni, 300 gr.

Elle vomit une seule fois quelques glaires.

Le 12 avril : alimentation plus variée. Pouls 80. Urines 1000.

La femme vomit encore une fois.

Jusqu'au 22 avril, la femme suit ce régime et vomit rarement.

Elle rentre chez elle où elle arrive progressivement au régime ordinaire.

Le 9 novembre 1922 : elle accouche spontanément d'un enfant vivant de 3.550 gr.

Observation XVII

Subictère : guérison sans avortement.

(*Observation XIII de la thèse de Canouet.*)

Résumé. — Mme B..., primipare 32 ans.

D. R. 20 au 23 novembre 1922.

Début des vomissements au commencement de janvier, prenant rapidement le caractère de vomissements graves.

Dès le début de février, la malade, très affaiblie, s'alite. Malgré le repos au lit — et la diète hydrique — les vomissements persistent. L'état général devient de plus en plus mauvais.

Le 1er mars, la femme entre à la clinique Baudelocque.

Etat général très mauvais; traits tirés, joues creuses, yeux

cernés. Etat de prostration très accentué. Léger subictère des conjonctives. Pouls à 120. Température 37°5.

T. A. au Pachon : Mx. 11, Mn. imprenable.

Vomissements incessants.

Au toucher : utérus en rétroversion avec fibrome de la paroi postérieure.

Dès son entrée la femme est isolée, reçoit de l'huile camphrée, du sérum glucosé sous-cutané, un lavement de chloral.

Malgré cela, la nuit est mauvaise; les vomissements sont fréquents, si bien que, devant la gravité de l'état général, M. Couvelaire envisage l'interruption éventuelle de la grossesse.

Mais le traitement médical continué (huile camphrée, sérum glucosé, lavements de chloral) entraîne une amélioration qui fait surseoir à l'intervention.

« Le traitement psychothérapique par le chloral à haute dose » est continué, l'amélioration se confirme et permet bientôt une réalimentation progressive pour aboutir au régime normal le 21 mars.

A cette date, il y a dix jours que la malade n'a plus vomi, et elle peut rentrer chez elle le 25 mars en bon état. La grossesse a continué et la femme n'a plus jamais vomi.

Observation XVIII

Ictère : guérison sans avortement.

(*Observation III de la thèse de Mettey.*)

Louise D..., 20 ans, primipare.

Antécédents. — Dyspepsie. Fièvres paludénnes dès l'enfance.

Vomissements graves depuis un mois.

Céphalées, nausées, subictère depuis huit jours.

Vomissements ont été traités par la glace, boissons chaudes, potion de Rivière, purgatifs.

Entre à Lariboisière le 26 décembre 1901.

Etat actuel. — Amaigrissement considérable depuis trois semaines; la peau est sèche.

Le ventre est creusé en bateau. Il existe de la douleur à la palpation dans les parties latérales de l'abdomen, au niveau du gros intestin.

Le foie n'est pas augmenté de volume.

Pas de réflexe pharyngé.

L'examen de l'utérus montre une grossesse de deux mois.

Le col est situé très en arrière : il existe un peu de flexion de l'utérus et de rétroversion.

Urines peu abondantes, très colorées, pas d'albumine.

Densité 1023.

Matières fécales blanc-grisâtre.

T. = 37°. Pouls = 120, un peu irrégulier. P = 41 kgr. 500.

Traitement. — La malade est soumise à son entrée (25 décembre) au traitement de Forgues. Eau de Sedlitz 1.000 gr. + une entéroclyse avec du sérum artificiel 2.000 gr.

Eau de Vichy 500 gr.; champagne 400 gr. = 3.900 gr.

Egesta : vomissements 1.080 gr. Garde-robes 2.030 gr. Urines 600 gr. = 3.710 gr.

La malade a donc conservé 190 gr.

Elle absorbe quelques morceaux de glace et de l'oxygène en inhalations.

28. — Le poids reste stationnaire.

L'ictère persiste. La malade est très fatiguée.

On renouvelle la purgation à l'eau de Sedlitz.

Egesta : vomissements 1380. Garde-robes 2050. Urines 500 = 3.930 gr.

L'intolérance gastrique persiste. Un peu de képhir donné à la malade est rendu aussitôt.

Elle ne peut garder qu'un peu de champagne, d'eau de Vichy et de bouillon.

Entéroclyse, 2.000 gr. Eau de Vichy, 500 gr. Eau de Sedlitz, 1.000 gr. Champagne 400 gr. Bouillon 80 gr. = 3.980.

La malade est fatiguée. Elle a un peu dormi.

La dénutrition semble s'arrêter. Le poids s'élève à 42 kilos.

29 décembre. — T. = 36°9. Pouls = 108. Poids = 42 kilos.

Ingesta : eau de Vichy 500 gr. Eau et vin 1.500 gr. Lavement salé 2.000 = 4.000 gr.

Egesta : vomissements 1.660 gr. Garde-robes 2.080 gr. Urines 900 = 4.640 gr.

En outre : 5 pilules de 0,05 centigr. d'oxalate de cérium. Inhalation : 2 ballons d'O.

La différence s'accuse en faveur de l'absorption.

La malade est moins fatiguée : elle a mieux dormi.

L'ictère a diminué au niveau des conjonctives.

30 décembre. — On continue la diète avec eau de Vichy, vin et lavements salés 2.000 gr. En outre, on administre 250 gr. de tropon, en lavement, le tout = 4.150 gr.

Egesta : vomissements 1.210. Garde-robes 2.000. Urines 500 = 3.810 gr.

On continue les pilules d'oxalate de cérium et les inhalations d'oxygène.

La malade a pu absorber un potage qui a été conservé.

31 décembre. — La malade a moins bien dormi.

Elle se plaint de douleurs crurales.

La teinte ictérique des conjonctives et des téguments s'efface.

Même traitement. Ingesta 3.700 gr.

Egesta : garde-robes 2.010. Vomissements 930. Urines 1.500 = 4.440 gr.

La fétidité des matières a diminué.

1er janvier. — T. normale. Pouls = 80. Poids 42 kil. 500.

L'état général s'améliore.

L'ictère s'efface de plus en plus. — Nuit calme.

Le même traitement est continué.

On recommence : eau de Sedlitz 600 gr. Ingesta 4.480 gr.

Egesta : garde-robes 2.630. Vomissements 330. Urines 1.000 = 3.960 gr.

La purgation détermine 6 garde-robes abondantes et fétides. Poids = 43 kilos.

Le 2 janvier. — La malade absorbe 3.875 gr.

Vomissements 400. Garde-robes 2.200. Urines 1.100 = 3.700 gr.

La malade a mangé un peu de potage et de poulet qu'elle a gardés.

4 janvier. — La malade peut s'alimenter : prend une côtelette, du potage, du poulet.

L'état général est meilleur.

Le subictère a disparu.

Garde-robes 2.110 gr. Vomissements 620. Urines 1.250 = 3.980 gr.

5 janvier. — Dans la journée : la malade a eu une très vive contrariété. Nuit très agitée.

Les phénomènes nerveux reprennent de l'acuité.

Sérum 300 gr.

Vomissements 1.120. Garde-robes 2.190. Urines 1.500 = 4.810.

Le poids retombe à 42 kil. 750.

A la suite d'une scène violente, la malade quitte le service.

Observation XIX

Ictère : guérison sans avortement.

(*Observation IV de la thèse de Mettey.*)

Mme L..., 30 ans, V pare.

Accouchements antérieurs spontanés, enfants vivants.

Entre à Lariboisière le 24 janvier 1902.

Vomissements depuis deux mois environ; amaigrissement considérable. Ictère des téguments et des conjonctives depuis une huitaine de jours.

Sécheresse de la peau, légère tendance à la cyanose périunguéale. Léger œdème des membres inférieurs. Langue saburrale. Réflexe pharyngé très atténué. Ptyalisme marqué.

Douleurs gastriques; ne supporte aucune alimentation.

Céphalée rebelle. Pas de diminution du champ visuel. Pas de névralgie dans les membres. Tissus flasques au niveau de l'abdomen.

L'examen de l'utérus montre une grossesse de deux mois environ; légère antéversion utérine.

Température : 36°. Pouls 128. Poids : 41 kil. 125.

Traitement : eau de Sedlitz 2.000 gr.; entéroclyse.

A absorbé ce jour plusieurs bouteilles d'eau de Seidlitz de 600 gr.; entéroclyse = 4.000 gr.

Vomissements 330; selles2.530; urines 500 = 3.360.

La malade a rendu une grande quantité de matières noires et fétides.

24 janvier, même traitement : entéroclyse 2.000 gr.; eau de Sedlitz 600 gr.

Vomissements 290 gr.; selles 240 gr.; urines 250 = 2.650.

Le poids a diminué de 100 gr.

26 janvier, la malade va mieux. Le subictère a diminué.

Traitement. — Bain tiède, pulvérisation d'éther à la région épigastrique, frictions à l'alcoolat de lavande.

La malade peut garder du bouillon, du champagne et de la limonade; en tout 4.000 gr.

Egesta : garde-robes et urines 2.860 gr.; vomissements 290 gr. = 3.150 gr. Le poids a augmenté de 1.000 gr.

Le 27 janvier, la malade vomit beaucoup moins. Le ptyalisme persiste encore très marqué.

Le subictère est peu apparent.

Le 28 elle absorbe 5.300 gr.

Vomissements 240 gr.; selles 2.490 gr.; urines 1.500 gr. = 4.230 gr.

Urines : chlorures par litre 0 gr. 72; acide urique 0 gr. 95.

L'état général est meilleur, le pouls tombe à 90. Le poids augmente de 500 gr.

Le 29, la malade ne vomit plus, le ptyalisme est insignifiant, augmentation de poids 250 gr.

On peut commencer l'alimentation : bouillon, bière, un œuf. Ingesta : 6.000 gr. Egesta : garde-robes 2.390 gr., urines 3.250 gr. = 5.640 gr.

30 janvier. Ingesta : 4.280 gr. Egesta : urines 2.000 gr., gardes-robes 2.120 — 4.120 gr.

Les vomissements ont cessé complètement. Le ptyalisme est insignifiant. Le subictère a disparu.

La malade peut manger : bière, limonade, bouillon, 1 œuf, quelques gâteaux, du chocolat; tout cela est conservé.

31 janvier : l'état général est bien meilleur, la malade marche presque seule et peut faire ainsi quelques pas.

Le ptyalisme a complètement disparu. Ingesta : 4.500 gr. Eg. : garde-robes 2.380 gr.; urines 2.000 gr. = 4.380 gr.

1er février. Ingesta 4.680 gr. Eg. : urines 2.250 gr., garde-robes 2.180 gr. = 4.430 gr. Le poids augmente de 250 gr.

2 février : l'amélioration s'accentue. Ingesta 3.800 gr. Eg. : vomissements 120 gr.; garde-robes : 2.180 gr.; urines 1.750 = 4.050 gr.

3 février, la malade a eu de nouveau un peu d'intolérance gastrique, mais les vomissements ne se reproduisent plus, la malade faible encore peut se lever.

Le 4 elle quitte l'hôpital. Etat satisfaisant.

Observation XX

Ictère : guérison sans avortement

(*Cas rapporté par MM. Fieux et Dantin, en janvier* 1912 *à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*)

Résumé. — S. P..., 26 ans, tertipare, sans autres antécédents particuliers que deux grossesses tout à fait normales n'ayant provoqué que quelques nausées sans importance.

Grossesse actuelle : D. R. du 27 au 30 août.

Le 2 octobre, apparition des vomissements, qui prennent pro-

gressivement l'allure de vomissements incoercibles avec céphalée, insomnie, agitation, justifiant l'entrée à l'hôpital.

Le 5 décembre : malade prostrée, yeux cernés, excavés. Teint un peu jaune. Amaigrissement de 10 kilos (?) depuis le début. T. 37°7. P. 139.

L'utérus, antéfléchi normalement, remonte à 8 centimètres au-dessus de la symphyse.

Les urines, rares, contiennent des traces d'albumine, de l'urobiline et une forte quantité de corps acétoniques.

Le pouvoir glycolytique est normal.

Du 5 au 8 la malade reçoit une alimentation liquide, fractionnée (lait, champagne, limonade, thé) et un lavement quotidien évacuateur.

Elle a une quinzaine de vomissements dans les 24 heures.

Les urines contiennent une forte quantité d'urobiline mais pas de pigments biliaires.

Le 9. — Prostration considérable. On fait une injection hypodermique de 3 à 4 cc. de sérum de femme enceinte de 2 mois et demi environ.

Du 10 au 12. — Même régime. Les vomissements diminuent un peu de fréquence, et il y a une légère amélioration de l'état général. Les urines sont plus abondantes, mais elles contiennent toujours une grande quantité d'urobiline, des pigments biliaires, et un grand excès de corps acétoniques.

Le 13. — « Injection hypodermique de 10 cc. de sérum prélevé chez une femme saine quelques minutes après l'expulsion d'un petit œuf vivant de 2 mois à 2 mois et demi. »

Du 13 au 15. — Les vomissements sont de plus en plus rares. La femme se sent bien; le pouls est moins fréquent, les urines augmentent, mais contiennent toujours un grand excès d'urobiline et des traces de pigments biliaires.

Du 16 au 21. — L'amélioration se confirme. La malade n'a plus que de rares vomissements, et elle s'alimente de mieux en mieux.

Les urines, abondantes et claires, ne contiennent plus de pigments biliaires.

La femme, en excellent santé, quitte l'hôpital le 3 janvier.

Observation XXI

Ictère : guérison sans avortement

(Cas publié par MM. Lepage et Tiffenau dans les Annales de Gynécologie et d'Obstétrique 1913)

Résumé. — Mme X..., 36 ans, primipare.

D. R. du 29 au 31 août 1912.

Rien de particulier dans les antécédents, sauf quelques petits troubles digestifs.

Début des vomissements vers le 8 octobre. Ils deviennent rapidement fréquents, alimentaires et bilieux, parfois avec quelques filets de sang; le matin ils sont surtout constitués par des mucosités.

Assez rapidement les liquides eux-mêmes ne sont pas tolérés la plupart du temps, et la malade devient très constipée.

La température et le pouls sont normaux.

Les troubles vont en s'accentuant : urines plus rares, plus foncées, constipation plus opiniâtre, « vomissements plus fréquents, plus douloureux, uniquement bilieux pendant 4 à 5 jours, accompagnés d'un léger ictère ».

Le 7 novembre, le médecin traitant prescrit de faire quotidiennement 250 cc. de sérum laudanisé.

Mais les vomissements persistent, l'amaigrissement augmente, le pouls s'accélère au point d'être incomptable, et la malade entre à la Maternité de Boucicaut le 20 novembre 1912.

A ce moment « le pouls varie entre 120 et 140, légèrement irrégulier. Le poids, qui était de 133 livres au début de la grossesse, est tombé à 94 livres. La malade, très fatiguée, est essoufflée au moindre effort... La face est très amaigrie. Les

yeux sont excavés; teinte subictérique des conjonctives et des téguments, surtout au niveau de la face... Le foie a ses dimensions ordinaires, il n'est pas douloureux à la pression... Les urines deviennent foncées, peu abondantes, on n'y trouve ni sucre, ni albumine, mais une grande quantité d'acide urique.

21 novembre. — La femme n'a pas vomi depuis son entrée dans le service. Elle a pris toutes les demi-heures une cuillerée d'eau glacée.

500 gr. de sérum; 600 gr. d'urines émises dans les 24 heures.

Le 22 novembre. — Il y a plusieurs vomissements à partir de 7 h. 30 du soir. Les premiers vomissements ne contiennent que des glaires, ils sont accompagnés de violentes douleurs épigastriques.

On fait à la femme une injection de 12 cc. de sérum de femme enceinte normale.

Le 23 novembre. — Deux lavements à 2 gr. de chloral; la femme vomit à 1 heure du matin et à 6 h. 30; cependant la nuit est plus calme. Pouls 118. Légère diminution des réflexes, un peu de parésie des membres supérieurs. Faiblesse musculaire marquée. T. A. 14. Bien que la malade n'ait pas eu de sérum artificiel pendant la journée du 22, la quantité d'urines est d'un litre.

Le 24 novembre. — On fait une seconde injection de 35 cc. de sérum de femme enceinte normale. Deux lavements de chloral. Pas de vomissement. La femme s'alimente avec du lait coupé d'eau de Vichy. Pas de nausées, la nuit est bonne, sans agitation; pouls 120.

Le 25 novembre. — Un vomissement bilieux le matin. T. A. 15. 250 gr. de sérum artificiel. Pas de vomissement dans la nuit du 24 au 25.

Le 26 novembre. — P. 108. Le subictère a diminué. T. A. 15. vomissement. Pouls matin et soir 104-102.

Le 28 novembre. — La malade a pris un litre de lait; pas de vomissement, l'ictère a disparu. P. 120. »

A partir de cette date, la femme s'alimente progressivement,

fait une crise polyurique le 3 décembre, et reprend rapidement du poids. Elle sort de la Maternité le 14 décembre, en bon état et ne vomissant plus.

Dans la suite, elle n'aura que quelques vomissements espacés, qui cesseront le 14 janvier, à l'apparition des mouvements actifs, pour ne se reproduire que de loin en loin jusqu'à terme.

Le 1er juin accouchement normal : fille de 4.200 gr.

Toutes ces observations viennent confirmer les conclusions pathogéniques et pronostiques précédentes. Seule l'intoxication originelle peut prêter à contestation, en raison du traitement mixte qui a été suivi. Soulignons cependant la part capitale prise dans ce traitement par le chloral, *et surtout par l'isolement*, dont nul ne conteste la valeur psychothérapique même en dehors des vomissements graves, comme dans l'anorexie mentale, par exemple. Quant aux purgations répétées, à l'adrénaline, aux lipoïdes ovariens et au sérum de femme enceinte, ce sont des moyens dont l'action antitoxique spécifique a été trop souvent mise en échec pour constituer une objection sérieuse. En tout cas, là encore, *l'ictère a suivi une évolution parallèle à celle des vomissements, et ces vomissements ont guéri par le seul traitement médical, sans avortement.*

Est-ce à dire que l'ictère n'a aucune valeur pronostique ? Assurément non.

Conséquence directe ou indirecte des vomissements, au même titre que la déshydratation et les modifications urinaires (urobilinurie, diacéturie, ammoniurie, etc.) — peut-être même l'accélération du pouls et souvent la constipation — il prouve, comme elles, mais pas plus qu'elles, que les vomissements ont un retentissement profond sur

la nutrition tout entière. Il indique, de la même manière, qu'il y a un danger croissant à laisser évoluer ces accidents sans recourir plus tôt à une thérapeutique active et appropriée. Le traitement, en effet, même l'avortement, s'il guérit les vomissements, peut ne pas suffire à empêcher la mort (obs. IX) ou les autres complications (obs. XIV et obs. XXII), comme les troubles psychiques, les polynévrites (à distinguer des polynévrites primitives étudiées par Perrin, à l'instigation de mon maître, Dufour). L'ictère aussi peut apparaître après l'interruption de la grossesse, tel le cas suivant :

OBSERVATION XXII

Ictère après avortement provoqué

(*Observation V de la Thèse de Perrilliat-Botonet*)

Résumé. — P. C..., 21 ans, primipare.

D. R. 27 au 30 juin.

Dès les premiers jours de juillet apparaissent les vomissements, qui la font entrer à la Clinique le 23 août 1905.

Ces vomissements persistent sans arrêt, malgré tous les traitements essayés (chloral, électrisation de l'hypogastre, lavements, inhalation d'O, lavements de sérum). Ils s'accompagnent de douleur épigastrique, d'abattement, d'insomnie avec périodes d'excitation cérébrale.

Le 5 octobre. — Troubles visuels. Le corps est émacié (le poids est tombé de 58 k. à 46 k. 500); les téguments sont jaunâtres. Les urines sont claires et assez abondantes. Le pouls est à 108. On décide d'interrompre la grossesse.

Le 6 octobre. — Pouls à 108. Faiblesse extrême. Intervention sous chloroforme. Extraction du fœtus et du placenta. Injection intra-utérine et mèche iodoformée.

Au réveil frisson de 10 minutes. Pouls petit et irrégulier à 132. Etat de shock très marqué.

Le 7 octobre. — Agitation. Pouls : 120. Température : 38°2. Violente céphalée. Insomnie. Trois vomissements.

Le 8 octobre. — P. 120. T. 36°8-37°8. Prostration. Un vomissement.

Le 9 octobre. — P. 120. T. normale. Ictère. Urines noires, bilieuses. Douleur épigastrique continue. Délire furieux pendant la nuit, hallucinations, ayant nécessité la morphine.

Le 10 octobre. — P. 132. Prostration accusée. Urines noires. Alimentation buccale impossible.

Le 11 octobre. P. 96. Urines plus claires. Diarrhée. Alimentation reprise et tolérée.

Du 12 au 14 octobre. — P. 92. Amélioration marquée.

Le 1er novembre. — La femme se lève, mais ne peut se tenir debout. Névrite périphérique tardive qui durera assez longtemps.

En somme, devant la gravité certaine des vomissements incoercibles, il est inutile, il est même dangereux d'attendre les signes qui, tel l'ictère, servent classiquement de base à un pronostic sévère et posent l'indication de l'avortement. *Il faut, dès que les vomissements prennent une allure anormale, et précisément pour éviter l'interruption de la grossesse, recourir à un traitement énergique et adéquat.*

§ III. — *Au point de vue thérapeutique*

La conduite à tenir découle des conceptions pathogéniques, d'où la multiplicité des traitements proposés. Tous se justifient par quelque côté, et chaque doctrine, si elle

ne résiste qu'exceptionnellement à l'épreuve du temps, contient sa part de vérité pratique.

L'étude précédente entraîne tout naturellement la triple indication thérapeutique de combattre les causes prédisposantes, les causes déterminantes et les conséquences des vomissements graves.

1° *Combattre les causes prédisposantes*, c'est-à-dire celles qui, locales ou générales, sont capables de constituer autant d'épines irritatives, de diminuer la résistance organique, et de préparer un terrain propice à l'éclosion des accidents.

Ce traitement prophylactique a une importance primordiale. Il consistera à surveiller la femme dès le début de la grossesse, à lutter contre les troubles digestifs (en particulier les dyspepsies, dont le rôle est sans doute moins exclusif que ne le veut Leven, — et la constipation), à corriger une déviation utérine, voire même à prescrire un régime ou à faire une opothérapie mixte dans les cas éventuels d'insuffisance hépatique, rénale ou endocrinienne avérée.

Mais surtout il faut surveiller et éduquer l'entourage de la femme, « admirable milieu de culture du pithiatisme ». Pour savoir dans quel sens on doit agir, il suffit de se rappeler les paroles si justes de Mathieu et J.-Ch. Roux, que j'ai déjà citées et que complètent celles, plus récentes, de Brindeau et Lantuéjoul : « Tous les médecins ont observé de tels milieux où des cuvettes, bien mises en évidence, sont présentées à la femme à la moindre nausée, où la conversation roule presque exclusivement sur les vomissements du passé et de l'avenir, où la femme, trop

soignée et trop plainte, finit par vivre dans l'attente du futur vomissement. Le traitement préventif consiste essentiellement à faire l'éducation de tels milieux ou à les supprimer s'ils paraissent inéducables » (1). Alors va commencer vraiment le traitement curateur, deuxième étape de la marche à suivre.

2° *Combattre les causes déterminantes des vomissements incoercibles*, c'est-à-dire le pithiatisme dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, ce mot qui « ne mérite guère de figurer dans le vocabulaire médical », comme Siredey se plaît à le répéter si justement.

Aussi cette partie du traitement sera-t-elle encore médicale avant tout, et exceptionnellement obstétricale.

A. *Le traitement médical* comprendra essentiellement l'isolement, la psychothérapie, et, accessoirement, une médication adjuvante.

a) *Isolement.* — « Dès que les vomissements paraissent s'aggraver, sans s'attarder aux innombrables traitements préconisés, il faut isoler complètement la malade. C'est la base du traitement de tout vomissement grave » écrivent Brindeau et Lantuéjoul. On ne saurait trop insister sur la nécessité du changement de milieu, dont l'effet intervient sans doute pour une large part dans les guérisons obtenues par des méthodes qui ne le reconnaissent pas explicitement. La plupart des cas publiés se rapportent à des malades qui ont été transportées à l'hôpital ou en maison de santé, c'est-à-dire isolées. On y trouve souvent noté comme dans les observations XIV et XXI, que « la femme

(1) Brindeau et Lantuéjoul. — Loc. cit. page 591.

a vomi moins fréquemment que chez elle », ou même qu' « elle n'a pas vomi depuis son entrée dans le service ». Mathieu et J.-Ch. Roux n'ont-ils pas dit : « Jusqu'à présent, chaque fois que nous avons pu traiter par *l'isolement strict* une malade enceinte et atteinte de vomissements incoercibles, nous avons vu les accidents cesser rapidement. » L'isolement n'est d'ailleurs que le prélude de la psychothérapie.

b) *Psychothérapie.* — Elle doit être méthodique et agir par toutes ses modalités habituelles. Ce n'est pas la partie la moins délicate du traitement. « Comme règles générales : beaucoup de douceur, beaucoup d'autorité, des examens très complets, très attentifs, des prescriptions, mêmes inutiles, très minutieuses; recommander le repos au lit, sans remuer, dans une demi-obscurité, en imaginant quelque prescription qui occupe la malade ou frappe son imagination » (1). Mais il est bien évident que, dans ce domaine, plus qu'en tout autre, *chaque malade est un cas particulier* à traiter selon le milieu, selon la culture intellectuelle, selon le psychisme de la femme, primipare ou multipare, qui désire ou redoute son état.

C'est une erreur grossière, une faute trop souvent commise, de croire qu'on fait une psychothérapie réelle et efficace quand on assure à la malade que « ce n'est rien », que « ça guérira tout seul » ou quand on la laisse entourer de soins trop vigilants par une famille inquiète. Pour ne pas s'exposer à un échec certain, il faut étudier avec soin les conditions psychiques propres à chaque cas, afin de faire agir la suggestion dans le bon sens.

(1) Brindeau et Lantuéjoul. — Loc. cit.

Au besoin on pourra recourir à un simulacre d'intervention, qui doit, lui aussi, s'inspirer des mêmes conditions. Il suffira souvent de persuader la malade qu'on a redressé son utérus, cautérisé le col, enlevé un polype, etc. Mais il faut bien savoir que l'effet sera nul quand la femme est ennuyée d'être enceinte (obs. I) et surtout quand elle vient avec l'idée, tacite ou non, de faire interrompre sa grossesse, comme on l'a déjà fait pour une amie ou pour elle-même, ce qui est fréquent. Dans ces cas, je crois que le devoir est de simuler l'avortement. Il sera toujours temps d'y recourir réellement si l'on échoue, puisque nous avons posé en principe qu'il faut agir au début des vomissements graves, sans attendre le faisceau classique des indications.

Remarquons toutefois que l'avortement simulé est une arme à double tranchant difficile à manier chez les multipares averties, et qui *doit rester le dernier recours de la suggestion*. En tout cas, il sera préférable d'attendre que la femme ait perçu les mouvements actifs pour lui révéler ou lui confirmer l'évolution continue de sa grossesse.

c) *Médication adjuvante*. — Elle peut compléter l'action de la psychothérapie ou agir parfois électivement sur la cause des vomissements incoercibles.

Le chloral et la morphine, par la semi-narcose qu'ils entretiennent le bromure de sodium et le carbonate de bismuth par leur effet sédatif sur le plexus solaire; l'atropine, par son action inhibitrice sur les terminaisons du pneumogastrique, pourront faciliter la tolérance d'un estomac surexcité, vis-à-vis d'une alimentation prudente et progressive.

Le chlorhydrate de pilocarpine aurait, d'après Lévy-Solal, une action élective sur les vomissements graves, agissant alors comme médication anticlasique encore à l'étude.

Quant à l'opothérapie thyro-ovarienne, surrénale ou lutéinique, elle paraît, à moins d'indications particulières, jouer un rôle accessoire.

En somme, *le traitement a pour base la psychothérapie après isolement absolu de la malade.* Il suffira le plus souvent, *à la condition expresse de lutter en même temps,* comme nous le verrons plus loin, *contre les conséquences de l'inanition.*

Suffira-t-il toujours ?

L'observation suivante soulève une objection :

Observation XXIII

Ictère : Psychothérapie. Guérison temporaire. Récidive
Avortement provoqué. Guérison

(*Rapporté par MM. L. Vallois et Coll de Carréra à la Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier. Séance du 4 février* 1925.)

Malade entrée à la Maternité en décembre 1924 pour vomissements incorecibles.

« C'était une secondigeste, mariée depuis 7 ans et âgée de 25 ans. Sans passé pathologique, cette femme avait mené à bien une première grossesse, en 1920, marquée par des vomissements fréquents et prolongés, et dont le produit, un garçon, né à terme, est actuellement vivant et bien portant.

Enceinte pour la deuxième fois, de fin octobre 1924, cette femme vit apparaître fin novembre des vomissements qui d'abord assez discrets, se renouvelant deux à trois fois par jour, ne tardaient pas à s'aggraver et à prendre rapidement les caractères des vomissements incoercibles.

Le médecin traitant mit aussitôt en œuvre une thérapeutique extrêmement active, s'adressant à presque tous les moyens connus et conseillés en pareil cas. C'est devant l'insuccès de ses essais thérapeutiques que le médecin nous adressa la malade le 7 décembre 1924.

D'emblée, cette femme nous apparut comme beaucoup plus gravement atteinte que les deux autres (citées précédemment dans la même présentation). De complexion plutôt robuste, cette malade présentait une coloration subictérique de la peau et des conjonctives qui témoignait d'une intoxication évidente. Ses yeux sans éclat, cerclés de bistre, s'enfonçaient dans l'orbite; les vomissements abondants, alimentaires, bilieux, se renouvelaient avec fréquence. Une sialorrhée intense existait; le pouls rapide battait à 120, sans le moindre état fébrile. Les urines rares, légèrement albumineuses, démontraient une élimination uréique intense à 35 gr. 80 par litre, cependant que le taux des chlorures atteignait à peine 0 gr. 80 par litre. De plus l'analyse démontra la présence de sels biliaires très peu abondants et de bilirubine.

Devant ce tableau, on institua le même traitement que chez les deux précédentes malades (lavement purgatif, lavement de chloral quotidien, 500 cc. de sérum adrénaliné chaque jour sous la peau, psychothérapie active); nous avions vite la satisfaction de voir s'améliorer un état qui apparaissait comme particulièrement grave. Les vomissements cessaient au 5e jour, les urines augmentaient de quantité; le pouls revenait à la normale, le teint s'éclaircissait, l'alimentation normale pouvait être reprise et la malade guérie, quittait le service le 20 décembre 1924.

Nous nous réjouissions de ces trois succès consécutifs lorsque cette dernière malade nous était ramenée le 1er janvier 1925, dans un état dont la gravité nous surprit désagréablement.

Deux jours après son retour à son domicile notre malade avait à nouveau présenté des vomissements, d'abord inter-

mittents mais rapidement aggravés et de nouveau de type incoercible. Le médecin traitant, appelé, s'attarda pendant huit jours à un traitement qui resta sans effet, et c'est ainsi que la malade nous arriva le 1er janvier dans un état apparemment plus grave que la première fois.

Vomissements incessants, très acides, salivation abondante, douleur intense au creux épigastrique. Pouls à 115. Ictère nettement caractérisé, odeur acétonique de l'haleine. Urines rares (350 cc. le 2 janvier), tels sont les symptômes qui soulignent la gravité de l'état.

Le traitement habituel aussitôt institué resta, cette fois, absolument sans effet. L'état s'aggravait avec rapidité : le 3 janvier la malade n'éliminait plus que 180 gr. d'une urine foncée. Le pouls s'accélérait jusqu'à battre à 140. Des troubles nerveux apparaissaient, intermittents, caractérisés par de la céphalée, de la diplopie, des bourdonnements d'oreilles. Cet état ne nous paraissant plus compatible avec une plus longue temporisation, nous nous décidons à intervenir.

Le 3 janvier, une dilatation du canal cervical aux bougies de Hegar, suivant la méthode de Copeman, fut la dernière tentative d'une thérapeutique conservatrice.

Le 4 janvier, au matin, l'état demeurant stationnaire et toujours aussi grave, la femme n'ayant pas uriné, le pouls restant à 140, nous nous décidons à interrompre la grossesse; après dilatation du col, l'évacuation de la cavité utérine fut pratiquée : extraction de l'œuf à la pince de Bonnaire, et curettage terminal, le tout sans incident.

Dès le lendemain, l'état s'améliorait dans ce sens que les vomissements cessaient complètement. Cependant la céphalée persistait, de même que l'accélération du pouls à 140.

Dans les jours qui suivirent, le pouls descendit brusquement à 90, le 8 janvier (soit quatre jours après l'interruption de la grossesse). La quantité des urines de 24 heures augmentait de façon progressive jusqu'à atteindre 3.000 cc. le 9 janvier. Cette polyurie, à caractère nettement critique, se maintenait pen-

dant quelques jours, l'ictère disparaissait rapidement, l'état général devenait excellent, la femme s'alimentait de façon tout à fait normale. Bref, la guérison s'affirmait complète et la femme quittait la Maternité le 2 février en parfait état.

Il s'agit, en résumé, d'une malade atteinte de vomissements graves avec signes d'insuffisance hépatique, ictère en particulier, traités et guéris d'abord par l'isolement doublé de psychothérapie, mais ayant finalement conduit à l'avortement, par suite d'une récidive rapide, d'allure apparemment plus grave, survenue après le retour dans la famille.

Faut-il conclure, dans ce cas, à un échec du traitement précédemment conseillé ? Je ne le crois pas.

Remarquons que, si les auteurs de la communication ont insisté, à bon droit, sur l'importance du changement de milieu, ils ont considéré la déficience du foie comme « la traduction de la brutalité de l'intoxication » et interrompu la grossesse sur cette indication. Or la rapidité étonnante de la guérison, — les vomissements ayant cessé dès le lendemain de l'intervention, l'ictère quelques jours après, — me paraît démentir une fois de plus et la violence et la réalité de l'attaque toxique. Il est permis de supposer que le même résultat eût pu être obtenu par un simulacre d'avortement, à action persuasive plus sûre que la manœuvre de Copeman.

Au surplus, un certain nombre d'accoucheurs, tels que Démelin, Potocki, Lantuéjoul pouvaient affirmer récemment qu'ils n'avaient pas eu à pratiquer une seule fois l'avortement thérapeutique pour vomissements graves.

depuis plusieurs années qu'ils appliquent les règles fondamentales du traitement préconisé plus haut.

B. — *Traitement obstétrical.* — L'interruption de la grossesse constitue bien, en tout cas, une « thérapeutique de désespoir », qui doit devenir désormais une rarissime exception. Il ne faut y recourir qu'après échec d'un traitement médical ayant méthodiquement mis en œuvre « tous les moyens capables de frapper l'imagination des malades ou de fortifier leur volonté défaillante », comme le disait déjà, en 1907, à la Société d'Obstétrique de Paris, Bouffe de Saint-Blaise, cependant grand partisan de l'hépatotoxémie.

3° *Combattre les conséquences des vomissements graves.* C'est la troisième indication du traitement. Quoique dirigée contre les troubles secondaires, elle n'en est pas moins *le complément nécessaire de la psychothérapie* qui ne saurait, de toute évidence, agir directement sur l'inanition.

La déshydratation, qui domine et dont la manifestation la plus nette est l'oligurie, sera combattue par le sérum physiologique, en injections hypodermiques, ou mieux en goutte à goutte rectal parfaitement toléré parce que facile, indolore.

L'amaigrissement sera atténué par les lavements nutritifs, à la rigueur par le tubo-gavage duodénal, en attendant que l'estomac puisse tolérer quelques aliments : des panades ou des bouillies épaisses, de préférence au lait.

L'acidose, avec syndrôme urinaire analogue à celui des diabétiques, a paru constituer une indication au bicarbonate de soude, à l'insuline, dont Thalhimer a vanté

dernièrement les bons effets. En réalité, il suffit de fournir « la quantité d'hydrates de carbone, dont la femme est privée par l'inanition consécutive aux vomissements, hydrates de carbone qui sont nécessaires à l'équilibre physiologique, pour éviter l'acidose » (1). Dans ce but on a préconisé l'emploi de solutions glycosées, soit en injections intraveineuses (Titus, Hoffmann et Givens), soit plus simplement en instillations rectales (A. Weill et Laudat).

L'insuffisance des échanges gazeux par diminution de la capacité respiratoire du sang, — s'il y a hyperglobulie relative, il y a diminution de la masse totale et sans doute de la valeur globulaire, — pourra, accessoirement, justifier l'emploi des inhalations d'oxygène.

L'insuffisance hépatique enfin, bénéficiera également de l'emploi du sérum glucosé, qui stimule l'activité fonctionnelle du foie, et surtout de la réalimentation progressive, en attendant que la pathogénie nous apporte des données plus précises sur la nature de l'ictère.

---

(1) Wallich. — Bull. de la Soc. d'Obst. 1922, page 90.

CHAPITRE V

Pathogénie de l'Ictère

L'étude qui précède a montré que l'ictère, considéré comme le témoin d'une insuffisance hépatique indiscutée, est relativement tardif au cours des vomissements graves, dont il apparaît ainsi comme une conséquence.

Par quel mécanisme se produit-il ?

On peut se demander, tout d'abord, si l'ictère est bien l'expression clinique d'une déficience du foie.

A priori, l'ictère peut résulter d'un trouble sanguin, d'une lésion hépatique, ou d'une imperméabilité canaliculaire. La biligénie, en effet, est « conditionnée par ces trois facteurs :

— Le globule rouge qui fournit la matière première dont est fait le pigment;

— La cellule hépatique qui élabore, ou seulement élimine ce pigment (suivant la théorie que l'on admet);

— Les voies biliaires qui le déversent dans l'intestin » (1).

(1) Fiessinger et Walter. — L'exploration fonctionnelle du foie et l'insuffisance hepatique, page 260.

S'agit-il d'un ictère hémolytique ?

La pathogénie des ictères gravidiques observés en dehors de l'hypérémèse, est elle-même encore discutée. Brulé écrit à ce propos : « Les ictères de la grossesse ont eux aussi été considérés comme d'origine sanguine. Noël Fiessinger (*Les ictères toxiques et leur traitement*, Paris, Maloine, 1913) invoque l'épuisement des réserves de fer au cours de la grossesse, l'action hémolytique spéciale du placenta, l'affaiblissement de la résistance globulaire, « des destructions colossales de globules rouges au niveau du foie ». En réalité, les rétentions biliaires si fréquentes chez la femme enceinte, rétentions tantôt légères, créant la cholémie gravidique, tantôt graves et aboutissant à l'ictère franc, nous ont toujours paru relever nettement de l'intoxication hépatique » (1). Ces deux théories sont inapplicables à l'ictère des vomissements incoercibles. Ceux-ci, nous l'avons vu, ne semblent pas résulter d'une toxémie gravidique vraie. D'autre part, les raisons invoquées par Fiessinger ne sont valables que pour les derniers mois de la gestation, non pour les tout premiers. Enfin, la présence des sels biliaires dans les urines, et surtout la guérison rapide de l'ictère malgré le développement progressif de l'œuf sont incompatibles avec l'hypothèse d'un ictère hémolytique.

Il ne s'agit vraisemblablement pas davantage d'un ictère par obstruction. Une telle pathogénie, cependant, a été invoquée pour l'ictère de l'hypérémèse. D'après le Professeur Debove : « Il semble que... le choc moral dé-

(1) Brulé. — Recherche sur les Ictères, page 256.

termine un catarrhe gastro-intestinal qui influe sur les voies biliaires, d'ailleurs l'évolution est la même que celle de l'ictère catarrhal ». Mais, outre qu'il est difficile de comprendre la genèse de ce brusque catarrhe, l'existence du bouchon muqueux est bien discutée aujourd'hui. De plus la disparition rapide de la jaunisse, ici encore, ne cadre guère avec l'idée d'un obstacle organique à l'évacuation de la bile. Peut-être alors pourrait-on penser à un spasme des voies biliaires. Mais ce spasme reste hypothétique.

Par contre, la déficience du foie est réelle au cours des vomissements graves : elle est attestée par les épreuves fonctionnelles. La rétention biliaire paraît donc liée à une atteinte de la cellule hépatique, atteinte superficielle sans doute puisque vite effacée.

L'origine hépatique de l'ictère étant reconnue, il nous reste à chercher la nature du trouble glandulaire.

Une première hypothèse est celle d'un retentissement possible de l'inanition sur la fonction biliaire. Le foie, en effet, « est un des organes qui subissent le plus rapidement et de la façon la plus marquée, les conséquences de l'alimentation insuffisante » (1). L'activité secrétoire de ses cellules, particulièrement fragiles, pourrait être altérée soit par les pertes qu'elles subissent en graisse et en glycogène, soit par l'action toxi-infectieuse d'un catarrhe gastro-intestinal favorisé par la vacuité du tube digestif et propagé aux voies biliaires, soit même par les deux mécanismes à la fois.

---

(1) Mathieu, J. Ch. et Roux. — Pathologie gastro-intestinale page 284.

Mais, en fait, l'ictère n'est pas un élément du syndrôme habituel de l'inanition : il n'apparaît pas plus dans l'inanition absolue étudiée chez l'animal, que dans l'inanition relative observée en clinique. Par contre, il est vrai, l'œdème est fréquent dans l'inanition en général, tandis qu'il est rarement noté dans la phase avancée des vomissements graves. Le tableau peut sans doute varier suivant les cas, la concomitance de l'ictère et de l'inanition n'étant pas plus nécessaire que celle de l'œdème et de l'inanition. D'ailleurs, une constatation analogue peut être faite pour l'acidose qui coexiste si souvent avec les vomissements cycliques, alors que ces vomissements ne se produisent ni dans le coma diabétique ni dans l'intoxication expérimentale par les corps cétoniques. L'objection de fait que soulève l'hypothèse proposée est donc importante sans être décisive.

Il paraît cependant plus vraisemblable d'attribuer l'ictère à un trouble sécrétoire d'origine nerveuse. Leven écrit, à propos de la dyspepsie, dans laquelle il voit une hyperesthésie du plexus solaire : « *Le foie souffre toujours lorsque l'estomac est atteint. Les altérations hépatiques varient à l'infini, selon la durée, la gravité de la dyspepsie, selon l'importance des troubles sécrétoires et moteurs.* La multiplicité des actions morbides intervient ici et il nous faut incriminer pour expliquer la tuméfaction douloureuse du foie (Bouchard), la cirrhose (Hanot et Boix), *les ictères*, la glycosurie, le diabète, tous les facteurs invoqués à plusieurs reprises, toxines, auto-intoxications, troubles de la nutrition générale et souvent *de simples*

réflexes agissant sur la circulation de la glande et sur ses fonctions glycogéniques ou biligéniques » (1).

Nous avons vu le rôle capital du terrain névropathique et du déséquilibre vago-sympathique dans la genèse des vomissements graves. Le retentissement de ces accidents sur le foie, par une sorte d'inhibition, paraît donc bien naturel dans ces conditions, surtout si le foie présente une susceptibilité particulière, héréditaire ou acquise. Et l'on comprend que l'ictère, apparaissant quand les troubles gastriques moteurs et sécrétoires se prolongent et sont le plus intenses, puisse s'accuser, s'atténuer ou disparaître avec eux.

Malheureusement, l'influence exercée par le système nerveux sur la sécrétion biliaire reste hypothétique, car on n'a pas encore découvert les nerfs qui agissent directement sur cette fonction, et l'anatomie pathologique ne va pas nous aider plus que la physiologie à préciser la pathogénie de l'ictère observé au cours des vomissements incoercibles.

---

(1) G. Leven — La Dyspepsie. Doin 1922 page 25.

CHAPITRE VI

Anatomie Pathologique

L'évolution habituelle de l'hyperémèse gravidique, avec subictère ou ictère, ne permet guère d'étudier les lésions hépatiques particulières qui pourraient être observées dans ces cas.

D'ordinaire, en effet, la guérison est survenue parfois par le seul traitement médical, le plus souvent par l'interruption artificielle de la grossesse, systématiquement pratiquée.

Dans les cas mortels, on a signalé l'atrophie jaune aiguë du foie, trop exceptionnelle pour expliquer l'ensemble des faits. En règle générale, « à l'autopsie, on ne trouve rien de spécial aux vomissements incoercibles, disent Démelin et Devraigne (1), et, en dehors des petites hémorragies stomacales, des nécroses cellulaires hépatiques, comme dans toutes les intoxications graves, des névrites périphériques, on ne trouve guère que des lésions en rapport avec

(1) Manuel de l'Accoucheur, page 463.

l'amaigrissement intense du sujet ». Les lésions hépatiques ne diffèrent donc pas de celles qu'on a constatées dans l'éclampsie. Or ces lésions qui avaient paru, là aussi, justifier la doctrine de l'hépatotoxémie, semblent plutôt secondaires. Ainsi que le fait remarquer Lévy-Solal, elles ne peuvent être considérées « comme la cause première de l'éclampsie. Le foie des éclamptiques présente des lésions de deux ordres : les unes hémorragiques, les autres cellulaires (Pilliet, Bouffe de Saint-Blaise, Bar). Certaines de ces lésions se constituent lentement pendant l'état prééclamptique avant l'éclosion de l'accès, elles sont exceptionnellement assez importantes pour expliquer à elles seules les accidents mortels; d'autres, par leurs caractères, paraissent contemporaines des crises. La clinique elle-même démontre que la lésion hépatique est souvent contemporaine, voire même parfois postérieure aux convulsions (urobiline, pigments biliaires, décharges d'urates et de phosphates, peuvent n'apparaître qu'après les premiers accès) » (1).

Les mêmes remarques s'appliquent aux vomissements incoercibles, dont les lésions nécropsiques décrites au niveau du foie (nécroses cellulaires) n'ont rien de caractéristique et peuvent même manquer (obs. IX).

Au surplus, la guérison rapide qu'on observe si souvent, même dans les cas jugés les plus graves, ne s'accorde guère avec de telles lésions considérées comme la marque d'une intoxication profonde.

---

(1) Lévy-Solal et Tzanck — *Presse Médicale* 1923, page 669.

En résumé, l'anatomie pathologique ne nous apporte aucune précision sur la signification réelle de l'ictère, que la clinique semble pouvoir considérer comme le signe manifeste d'une insuffisance hépatique secondaire aux vomissements graves.

Conclusions

I. — L'ictère est fréquent au cours des vomissements graves de la grossese, et s'observe presque toujours à la deuxième période. Ordinairement léger, ayant les caractères du subictère, il peut être franc, typique, avec cholurie et cholalurie.

II. — Pour les Classiques, il est le témoin d'une insuffisance du foie, qui dénonce et mesure l'intensité de la toxémie gravidique. Son apparition, relativement tardive, est donc un signe de réelle gravité, qui, seul ou associé à d'autres symptômes d'aussi fâcheux pronostic, impose un traitement héroïque : l'avortement provoqué.

III. — En réalité, des vomissements d'une gravité extrême, avec subictère ou ictère, ont pu guérir rapidement, brusquement même, par la seule psychothérapie, ce qui semble bien en contradiction avec la doctrine de l'hépatotoxémie. L'insuffisance hépatique, attestée par les épreuves fonctionnelles, ne paraît pas être l'effet d'une intoxication qui, créée par la grossesse, viendrait léser secondairement le foie et déterminer ainsi les vomissements. Elle se révèle comme une conséquence, non comme une condition de l'hyperémèse.

IV. — Les vomissements incoercibles purs ne sont pas le fait d'une intoxication dûe à l'action chimique d'un poison spécifique inconnu. Ils réalisent un syndrôme-type d'association hystéro-organique, et semblent résulter d'un déséquilibre humoral, d'une sorte de *colloïdoclasie gravidique d'origine spermatique*, dont les manifestations cliniques, habituellement bénignes — vomissements simples — sont aggravées par le pithiatisme, qui entraîne indirectement des troubles secondaires d'intensité croissante, tels la déshydratation, l'acidose, l'ictère.

V. — L'ictère, conséquence directe ou indirecte des vomissements graves, par un mécanisme jusqu'ici imprécisé, ne doit pas être considéré comme une preuve d'intoxication brutale nécessitant l'interruption de la grossesse. Il signifie seulement, comme les modifications urinaires concomitantes, que les vomissements incoercibles ont un retentissement profond et grave sur la nutrition tout entière, d'où l'indication d'intervenir plus tôt.

VI. — Le traitement doit être précoce et avoir un triple objectif :

1° Combattre toutes les causes, locales ou générales, capables de constituer autant d'épines organiques, et de préparer un terrain propice à l'éclosion des accidents. C'est le traitement prophylactique;

2° Combattre la cause déterminante primordiale, sinon unique, le pithiatisme, qui transforme les vomissements simples en vomissements incoercibles. Ce traitement curateur, institué dès que les vomissements s'aggravent, a pour base l'isolement strict, doublé d'une psychothérapie

méthodique, appropriée à chaque cas, et qui pourra parfois nécessiter un simulacre d'avortement;

3° Combattre simultanément les conséquences des vomissements graves, en particulier la déshydratation et l'acidose par le sérum glucosé rectal, qui, agissant sur le foie, traite en même temps l'ictère.

Ce traitement médical exclusif suffira dans l'immense majorité des cas, sinon toujours, et l'avortement provoqué, « thérapeutique de désespoir », ne sera plus qu'une rarissime nécessité.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. WIDAL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE.

Bibliographie

1. Abramovitch (Mlle). — L'ictère et le rôle du foie dans le syndrôme « Vomissements à répétition de l'enfance ». — *Thèse de Paris*, 1911.
2. *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1874-1919.
3. *Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1896-1911.
4. Bar. — Leçons de Pathologie obstétricale.
5. Bar. — Vomissements gravidiques (*Bulletin Médical*, 1908).
6. Baudoin. — Des vomissements gravidiques, incoercibles ou graves d'origine surrénale. — *Thèse de Paris*, 1911-12.
7. Beloux. — De l'origine habituellement névropathique des vomissements graves de la grossesse. — *Thèse de Paris*, 1912-13.
8. Bouffe de Saint-Blaise. — Les auto-intoxications gravidiques. — Rapport au Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Marseille, octobre 1898. In *Annales de Gynécologie* 1898.
9. Brindeau et Lautuéjoul. — Quelques réflexions sur les vomissements incorecibles de la femme enceinte. — *Paris Médical*, 21 juin 1924.
10. Brulé et Garban. — Les Ictères. In *Traité de médecine* Sergent, Ribadeau, Dumas et Babonneix. Tome XII. 1920.
11. Brulé. — Recherches sur les Ictères. 1 vol., 1922, 3e édit., Masson.

12. *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris* (1912-1925).

13. Calamaras. — L'urotropine dans le traitement des vomissements graves de la grossesse. — *Presse Médicale*, 1925, 26 août.

14. Canouet. — Etude critique des méthodes de traitement des vomissements graves de la gestation. — *Thèse de Paris*, 1923.

15. Cathala et Biancani. — Vomissements incoercibles de la grossesse avec acidose. — *Bull. de la Soc. d'Obst.*, 1922.

16. Chabrol et Bénard. — Les Ictères, 1 vol. 1921.

17. Chambrelent et Cathala. — Les vomissements incoercibles. In *Traité de* Bar, Brindeau et Chambrelent, 1914.

18. Cheinisse. — Sur quelques indications de l'insuline en dehors du diabète. — *Presse Médicale*, 3 mai 1924.

19. Cohn. — Atrophie jaune aiguë du foie dans le puerpérisme. — Analyse in *l'Obstétrique*, 1905.

20. Couinaud et Clogne. — Contribution à l'étude de la fonction hépatique au cours de la grossesse. — *Gynécologie et Obstétrique*, juillet 1923.

21. Crainicianu et Popper. — L'insuffisance hépatique au cours de la grossesse. — *Presse Médicale*, 28 mai 1921.

22. Debove, Achard et Castaigne. — Manuel des maladies du foie, 1910.

23. Delaunay. — Le vomissement. — *Biologie Médicale*, 1925, n° 6.

24. Démelin et Devraigne. — Manuel de l'accoucheur, 1924.

25. Devraigne. — Contribution à l'étude du sang dans les vomissements incoercibles de la grossesse. — *L'Obstétrique*, mai 1909.

26. Didier et Philippe. — De la réaction hémoclasique chez la femme enceinte normale. — *Presse Médicale*, 15 juin 1921.

27. Dubrisay et Jeannin. — Précis d'accouchements, 6e édit., 1924.

28. Fabre. — Précis d'obstétrique, 1922. Tome II.

29. Fiessinger et Walter. — L'exploration fonctionnelle du foie et l'insuffisance hépatique, 1 vol. Masson, 1925.

30. Fieux. — Rapport sur la pathogénie et le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse au VIe Congrès National de Gyn., d'Obst. et de Péd. de Toulouse, sept. 1910, in *Revue pratique d'Obst. et de Gynéc. et de Péd. de Paris*, 1911, septembre.

31. Garrelon, Santenoise et Tinel. — Vago-sympathique, anaplaxie et intoxication. — *Presse Médicale*, 7 avril 1923.

32. Gerst. — Vomissements de la grossesse. — *Thèse de Paris*, 1903.

33. Gley. — Traité de Physiologie, 1918.

34. Guéniot. — Les vomissements graves de la grossesse. — *Thèse d'agrégation*, 1863.

35. Guerbé. — L'ictère émotif, manifestation hystérique. — *Thèse de Paris*, 1898.

36. *Gynécologie et Obstétrique*, 1920-25.

37. Hébert. — Essai sur l'ictère grave dans la grossesse. — *Thèse de Paris*, 1878.

38. Hédon. — Précis de Physiologie, 9e édit., 1926.

39. Hurst. — La nature hystérique des vomissements graves. The Lancet, 18 mars 1922. (Analyse *in Presse Médicale*, 1922, pp. 496).

40. *Journal d'Obst., de Gynéc. et de Pédiatrie*, 1904-08.

41. Kharitonoff (Mlle). — Ictère et grossesse. — *Thèse de Montpellier*, 1909.

42. Labbé, Hutinel et Nepveux. — L'insuffisance hépatique avec acidose au cours de la grossesse. — *Paris Médical*, 1921. T. IX.

43. Labusquière. — Revue générale sur les vomissements de la grossesse. — *Ann. de Gyn.*, 1898.

44. Lantuéjoul. — Psychothérapie dans les vomissements graves de la grossesse. — Cours du jeudi soir à la Clinique Tarnier, 10 déc. 1925. *Notes.*

45. Leblanc. — Anaphylaxie et choc dans leurs rapports avec la puerpéralité. — *Thèse de Paris*, 1924.

46. Le Gendre. — L'Inanition. In *Traité de médecine* Charcot-Bouchard-Brissaud, 2e édit., T. I.

47. Le Lorier. — La pathogénie, le pronostic et le traitement des vomissements graves de la gestation. — *Leçons du jeudi soir à la Clinique Tarnier*, 1 vol. Vigot, 1924.

48. Le Masson. — Les Ictères, et la Colique hépatique chez les femmes en état de puerpéralité. — *Thèse de Paris*, 1898.

49. Lépine. — Article : « Inanition » dans le *Dictionnaire* Jaccoud. Tome XVI.

50. Lequeux. — Epreuve de la glycosurie alimentaire dans les vomissements incoercibles. — *L'Obstétrique*, 1910.

51. Leven. — La dyspepsie, 1 vol., 1922. Masson.

52. Leven. — Existe-t-il des vomissements incoercibles de la grossesse ? — *Bull. et Mém. de la Soc. de Thérap.*, mai 1922.

53. Leven et Coudert. — Vomissements incoercibles de la grossesse traités à la veille de l'avortement décidé et guéris. — Extrait du *Bull. de la Soc. de Thérap.*, 1925, 11 nov.

54. Lévy-Solal et Leloup. — Vomissements graves de la gestation traités avec succès par le chlorhydrate de pilocarpine, et

55. Lévy-Solal et Paraf. — Vomissements graves de la gestation et anaphylaxie. — *Paris Médical*, 1923, 22 septembre.

56. Lévy-Solal et Tzanck. — Nouvelles recherches expérimentales sur la pathogénie et la thérapeutique de l'Eclampsie puerpérale. Phénomène de choc. Arrêt par la pilocarpine. — *Presse Médicale*, 1923, n° 61.

57. Luès. — Traitement des vomissements bénins et graves d'origine nerveuse. — *Thèse de Paris*, 1893.
58. Mathieu et J.-Ch. Roux. — Pathologie gastro-intestinale, 1909.
59. Maygrier et Schwab. — Précis d'obstétrique, 1922.
60. Mettey. — Le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse. — *Thèse de Paris*, 1904.
61. Meunier. — Essai critique sur l'ictère des femmes enceintes. — *Thèse de Paris*, 1872.
62. *Nouvelles archives d'obstétrique*, 1886-1895.
63. Perrin. — Des vomissements graves de la grossesse dans leurs rapports avec les lésions du système nerveux. — *Thèse de Paris*, 1910.
64. Perrilliat-Botonet. — Contribution à l'étude des vomissements de la grossesse. — *Thèse de Paris*, 1908-09.
65. Pigheon. — L'urotropine dans le traitement des vomissements incoercibles. — *Presse Médicale*, 1925, 23 décembre.
66. Pinard. — Des vomissements de la gestation. — *Annales de Gynécologie et d'Obst.*, 1909. (Extrait).
67. Potocki. — Discusion. — *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gynéc.*, 1921.
68. Powilewicz. — L'épreuve de l'hémoclasie digestive chez la femme gravide. — *Thèse de Paris*, 1921.
69. *Revue pratique d'Obst., de Gyn. et de Péd.*, 1899-1911.
70. Ribemont, Dessaignes et Lepage. — Traité d'obstétrique, dernière édition.
71. Saussure. — Contribution à l'étude des vomissements incoercibles de la grossesse. — *Thèse de Nancy*, 1909-10.
72. Schickelé. — Toxémie gravidique ou choc obstétrical ? — *Gynéc. et Obst.*, 1924, sept.
73. Selitzky (Moscou). — Les toxémies gravídiques. — *Gynéc. et Obst.*, 1925, pp. 91.
74. Siredey. — *Bull. Soc. d'Obst.*, 1922.
75. *Société d'Obstétrique de Paris*, 1898-1911.

76. Tagger. — Contribution à l'étude de l'ictère pendant la grossesse. — *Thèse de Nancy*, 1899.

77. Tarnier et Budin. — *Traité de l'Art des accouchements*, 1886.

78. Terrien. — Vomissements incoercibles de la grossesse. — *Archives de neurologie*, 1897.

79. Tison. — Syndrôme d'inanition et carence alimentaire. — *Thèse de Paris*, 1921.

80. Voron. — Réflexions sur un cas de vomissements graves de la grossesse suivi de mort. — *Bull. Soc. d'Obst de Paris*, 1914.

81. Vallois et Coll de Carréra. — Trois cas de vomissements incoercibles de la grossesse. — *Bull. Soc. d'Obst. de Paris*, 1925, n° 3.

82. Wallich. — Eléments d'obstétrique, 1921.

83. Wallich. — Thérapeutique méthodique des vomissements gravidiques. — *Bull. Soc. d'Obst.*, 1922.

84. Widal, Abrami et Brissaud. — Etude sur certains phénomènes de choc observés en clinique. — *Presse Médicale*, 3 avril 1920.

85. Widal, Abrami et Lermoyez. — Anaphylaxie et idiosyncrasie. — *Presse Médicale*, 1921, n° 18.

Table des Matières

	Pages
Préface	15
Introduction	17
Chapitre I. — Historique	23
— II. — Semiologie de l'Ictère	26
— III. — Valeur clinique de l'Ictère d'après les classiques	29
I. L'Ictère dans la pathogénie	29
II. L'Ictère dans le pronostic	32
III. L'Ictère dane le traitement	33
Chapitre IV. — Etude critique des conceptions classiques	40
I. Au point de vue pathogénique	40
II. Au point de vue pronostique	76
III. Au point de vue thérapeutique	93
Chapitre V. — Pathogénie de l'Ictère	104
Chapitre VI. — Anatomie pathologique	109
Conclusions	113
Bibliographie	117

Limoges, Imprimerie Commerciale PERRETTE

660

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Fidon

ก๘๖